

# 問 診 表

佐世保北病院

記入日 年 月 日

【氏名】 生年月日 年 月 日 年齢 歳

■あてはまる内容にチェック☑してください。

- ☐ 食欲がない ☐ 眠れない ☐ 動悸がする ☐ 気分が落ち込む ☐ やる気がない  
☐ わずらわしい面倒くさい ☐ 集中できない ☐ 死にたい気持ちになる ☐ イライラする  
☐ 興奮する ☐ 悲しい ☐ 不安感 ☐ 恐怖感 ☐ 他人の目が気になる ☐ 声や音が聞こえる  
☐ いるはずのないものが見える ☐ 家から外に出たくない ☐ 物忘れが増えた  
☐ その他 ( )

■上記の症状はいつからですか？

■上記の症状のきっかけとなる出来事がありましたか？

## 【自分の性格・特徴】

- ☐ 大人しい ☐ 穏やか ☐ 真面目 ☐ 几帳面 ☐ 心配性 ☐ 頑固 ☐ 負けず嫌い  
☐ 積極性がある ☐ ポジティブ ☐ 考え込みやすい ☐ その他 ( )

■上記症状による心療内科・精神科その他の医療機関受診歴（有・無）

医療機関名	治療期間	形態	診断名	治療法
		通院・入院		
		通院・入院		
		通院・入院		
		通院・入院		

■当院を知ったきっかけ

- ☐ 他院からの紹介 ☐ 知人の紹介 ☐ ネット検索 ☐ 看板 ☐ その他 ( )

■現在の生活習慣等

- ・睡眠：よい・ふつう・悪い（ ）睡眠平均 時間（：～：）位
- ・食欲：ある・ふつう・ない・過食・拒食・その他（ ）
- ・便通：快調・ふつう・便秘・よく下痢をする・下痢と便秘を繰り返す・その他（ ）
- ・生理：順調・不順（ ）・閉経
- ・飲酒：飲まない・飲む（内容： 頻度： ）
- ・喫煙：吸わない・止めた（ 頃）・吸う 本／日
- ・趣味：（ ）
- ・現在妊娠または授乳中ですか？（はい・いいえ）

■これまでに大きなケガや病気をしたことがありますか？（ある・なし）

いつ頃	病名	医療機関	形態

■現在治療中の病気・服薬中の薬⇒（ある・なし）／眼科（ある・なし）

いつから	病名		

■これまでにけいれん発作をおこしたことがありますか？（ある・なし）

■意識がなくなるような強い衝撃を頭部にうけたことはありますか？（ある・なし）

■結核と言われたことはありますか？（ある・なし）

■これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？（ある・なし）

- ・原因となったもの（ ）
- ・症状（ ）

■生活歴・家族歴

生まれ： 出身 生育

最終学歴： 卒業・中退・在学中・休学中

結婚（未婚・既婚 歳）離婚（無・有 歳）再婚（無・有 歳）

職歴：

【家族構成】

〈家族の病歴等〉血縁関係の精神科等受診歴（ある・なし）

外来初診 ☐有吉Dr ☐稲葉Dr ☐猪股Dr ☐鍋山Dr 令和 年 月 日

【ご本人】

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日
現住所	〒		
電話番号	☎ ( )	☎ ( )	
職業		世帯主との 続柄	
紹介状	有・無 紹介先：	自立支援法 受給	している ・ していない
障害者 等手帳	精神 ・ 身体 ・ 療育 ・ 無	年金受給	老齢 ・ 障害 ・ 遺族 ・ 無

【保護者】 連絡先

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日
住所	〒		
続柄		職業	
電話番号	☎ ( )	☎ ( )	

【保護者】 連絡先

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日
住所	〒		
続柄		職業	
電話番号	☎ ( )	☎ ( )	

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか	はい ・ いいえ
◇特定健診等について ※マイナ保険証による診療情報取得に同意した方は不要です	
この1年間、特定健診または高齢者検診を受診しましたか	はい ・ いいえ
受診時期	
指摘事項	

※当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて診療情報を活用することにより、質の高い医療の提供に努めます。  
※マイナ保険証により正確な情報を取得・利用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的な利用をお願いいたします。