

横浜労災病院 心療内科 問診表

番号

氏名

生年
月日

年齢

才

住所

電話

(既婚・未婚・離婚・死別)

現在の職業・学校(具体的に)

身長

cm

体重

k

1. 何で、ここ(心療内科)をお知りになりましたか。(紹介された先生は?)
2. どこが悪くて病院にいらっしゃいましたか。いくつでもお書き下さい。
3. この症状あるいは病気はいつ頃ですか。
4. それはどういう時におこりましたか。心理面や社会的なことで、何か関係のあることありますか。(人間関係や環境の変化など)
5. このことで今までに、どのような治療を(どこで・いつごろ)受けましたか。その治療効果は、いかがでしたか。現在も、どこかで治療を受けてますか。
6. 薬の副作用を経験したことがありますか。(はい・いいえ) あるかたは、薬剤名も記入して下さい。
7. あなたは、ご自分の状態を心身症・神経症・うつ状態・精神病などとお思いですか。(はい・いいえ) どうしてですか。
8. 今までどのような病気をされましたか。けがや手術も含めて、年令も記入して下さい。
9. 家族の状況(間柄・年令・職業・健康状態・同居かどうか)をお知らせ下さい。
10. 以下にお答え下さい。
 睡眠(過眠・十分・まあまあ・不良) 食欲(過食・ちょうど良い・食べればたべられる・不振)
 便通(快便・便秘・下痢・下痢と便秘が交代にくる・ガスが多い) 動悸(有・無)
 息ぎれ(有・無) 肩こり(有・無) 頭痛(有・無) 頭重感(有・無) しびれ(有・無)
 疲れやすい(有・無) 生理(規則的・不順) 性欲減退(有・無)
 いろいろ(強い・中ぐらい・少し・無) 覆うつ(強い・中ぐらい・少し・無)
 不安(強い・中ぐらい・少し・無) あせり(強い・中ぐらい・少し・無)
 おっくう感(強い・中ぐらい・少し・無) 死にたい気持ち(強い・中ぐらい・少し・無)
 飲酒(有・無・昔飲んだ 1日_____位_____年間)
 喫煙(有・無・昔すつた 1日_____本_____年間) 薬物中毒(有・無・昔あった)
 アレルギー(有・無 薬剤() 食べ物() その他())
 11. その他、お話ししたいことがあればお書き下さい。裏にお書きになっても結構です。