

檀クリニック問診票

記入日：平成 年 月 日 記入者：本人・その他（ ）

ご本人の名前 (フリガナ)

性 別 男・女 生年月日 年齢 才

ご住所：〒

電話番号 携帯

1 今一番つらい症状はなんですか？

2 下記に当てはまる症状がございましたら、○で囲んでください

- ・ 意欲低下・集中力低下・憂鬱・不安感・悲哀感・苛立ち
- ・ 元気すぎる・お喋りすぎる・過活動・金銭浪費・ムツとしやすい／カッとしやすい・自傷行為
- ・ 実際にはないものが聞こえたり見えたりする・周りに噂または監視される・周囲がなんとなく変わっているような気がする
- ・ 不眠(寝付けない・中途覚醒・早朝覚醒)・過眠・
- ・ パニック発作・突然不安・全身震える・胸内苦悶窒息感・動悸(ドキドキ)
- ・ 人と会うのが苦手・人前に出るのが怖い・同じ観念が繰り返し頭に浮かんでくる・同じ行動を繰り返す(手洗い・鍵確認など)
- ・ 言動がおかしい・物忘れ
- ・ 食欲不振・体重減少・嘔吐・肩こり・疲労感・頭痛・下痢・便秘・吐き気・のぼせ、発汗、冷え症、手足しびれ

3 いつ頃から症状がはじまりましたか？

4 きっかけはありますか？

5 過去の病気

- ・ 高血圧・糖尿病・高脂血症・痛風・その他（ ）
- ・ 緑内障・ぜんそく・前立腺肥大・重症筋無力症
- ・ 現在通院中の病院 有 ・無

6 これまでの精神科と心療内科の通院歴がございましたらお書きください

- | | | | | | |
|-----|----------|---|----|---|---|
| (1) | 病院・クリニック | 年 | 月～ | 年 | 月 |
| (2) | 病院・クリニック | 年 | 月～ | 年 | 月 |
| (3) | 病院・クリニック | 年 | 月～ | 年 | 月 |

7 出身地 現在家族構成

8 最終学歴

9 これまでの職歴をお書きください

10 現在、通院している身体的・精神のご病気をお持ちの方はお書きください

11 現在服用中の薬をわかる範囲でお書きください

12 妊娠中ですか (はい・いいえ) , 授乳中ですか (はい・いいえ)

13 当院をどこでお知りになりましたか?

チラシ、インターネット、知人紹介、その他

14 薬物アレルギー (有・無)

内容

15 嗜好

タバコ 1日 () 本

アルコール 1日 _____ 杯