

にじいろ心の診療所 問診票

日付: 年 月 日

ふりがな 氏名		性別 ☐ 男性 ☐ 女性	生年月日		年齢	
住所	〒					
電話番号			職業			

今1番つらいこと、お困りの症状についてご記入下さい。

眠れない・不安・憂うつ など

上記の症状はいつ頃からですか？
またどのくらい続いていますか。

年 月頃から、または 歳頃から

☐ いつも ☐ 時々 ☐ たまに

睡眠について。夜はよく眠れていますか

※いいえの方は、下の項目にも ☒ (複数可)☐ はい ☐ いいえ☐ 途中で目が覚める ☐ なかなか寝つけない ☐ 朝早く目が覚める
☐ 眠りが浅い ☐ 起床が困難

食欲の変化はありますか？

☐ 変わらない ☐ 減っている ☐ 増えている

喫煙・飲酒について教えてください

喫煙

☐ 吸わない ☐ 吸う (本/日 × 年間)
☐ 禁煙した (年前から)

飲酒

☐ 飲まない
☐ 飲む (週 日)
1回あたりの量 (ml)

現在治療中の病気はありますか？

※あるとお答えの方は、下の項目にも ☒ (複数可)☐ ない ☐ ある☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脳出血/脳梗塞 ☐ 心臓疾患
☐ 癌(部位:) ☐ 喘息 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 不整脈
☐ その他 ()現在飲んでいるお薬はありますか？
(市販薬やサプリメントを含む)☐ ない ☐ ある ()

食べ物や薬のアレルギーはありますか？

☐ ない ☐ ある ()女性の方にのみお聞きします。
妊娠中あるいは妊娠の可能性ありますか
または授乳中ですか？☐ いいえ ☐ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)
☐ 分からない ※はいの方は該当するものに○あなたの元来の性格について当てはまるものを選んで下さい。複数 ☒ 可☐ 内向的 ☐ 社交的 ☐ 精力的 ☐ 無気力 ☐ 神経質 ☐ 几帳面 ☐ 頑固
☐ 大雑把 ☐ 気長 ☐ 短気 ☐ 前向き ☐ 悲観的 ☐ 我慢強い ☐ 飽きっぽい

ご家族について教えてください

ご血縁者に精神科や心療内科に
受診歴のある方はいますか☐ いない ☐ いる

ご本人: 第 子

母: ☐ 健在 ☐ 死去兄弟姉妹: ☐ いない ☐ いる (人) ※自分を除く同胞の人数父: ☐ 健在 ☐ 死去配偶者: ☐ いる ☐ いない (☐ 未婚 ☐ 離別 ☐ 死別)子供: ☐ いない ☐ いる (人)

現在同居されている方に○をつけて下さい (父, 母, 妻, 子, 兄弟, 姉妹, 祖父母, その他)

生育歴と最終学歴について

生まれ育った地:

最後に通った
学校名:

*該当するものに○

卒業 中退 在学中