

健康質問表

診察に役立てたいと思いますので下記の質問にお答えください。

お名前:	年齢:	歳
付き添いの方のお名前:	続柄:	

I、本日はどのようなことで受診されたのでしょうか。

1、どのような症状がありますか？(困っていることなど)あてはまる症状に○印をつけてください。

1. 食欲がない。
2. 吐き気・胸焼け・腹痛がある
3. わけもなく便秘や下痢をしやすい。
4. 体重が減った。
5. 自分が自分でない感じがする。
6. やる気が出てこない。
7. 悲観的でゆうつな気分である。
8. 考えがまとまらない。
9. 気分が波がありすぎる。
10. 夜よく眠れない。
11. 頭痛がする。
12. クビすじや肩がこる。
13. 動悸が脈が気になったり、胸がしめつけられる。
14. 気が小さく、神経質といわれている。
15. 気疲れする。
16. いらいらしやすい。
17. 仕事の能率が落ちた。
18. 死にたいと思うこともある。
19. 物忘れがひどくなった。
20. 根気が続かない。
21. 決断力がない。
22. 目覚めが悪く、朝方元気がない。
23. 体がほてったり、冷えたりする。
24. 排尿や、性器のことが気になる。
25. 気分が明るい。
26. なんとなく不安である。
27. 独りでいると落ち着かない。
28. ものごとに自信を持ってない。
29. 何事にもためらいがちである。
30. 他人に悪くとられやすい。
31. 他人が信じられない。
32. つきあいが嫌いである。
33. 体がだるい。疲れやすい。
34. めまいや立ちくらみがする。
35. 気を失ったり、ひきつけたりする。
36. こまかいことにこだわりすぎる。
37. くり返し確かめないと苦しい。
38. よごれが気になって困る。
39. つまらぬ考えがとれない。
40. 自分の変なにおいが気になる。
41. 他人に陰口をいわれる。噂されている。
42. 周囲の人が気になって困る。
43. 他人の視線が気になる。
44. 他人から変なことをするといわれる。
45. その他相談したいことを記入して下さい
()

2、それはいつ頃からですか。(年 月 日頃)

Ⅱ、松原病院以外の病院にかかれたことがありますか。(はい ・ いいえ)

精神科以外にも全て記してください

診療所または病院名	いつ頃ですか	主な症状	今も続いていますか
	年 月 日		はい ・ いいえ
	年 月 日		はい ・ いいえ
	年 月 日		はい ・ いいえ
	年 月 日		はい ・ いいえ
	年 月 日		はい ・ いいえ

Ⅲ、現在、何かお薬をのまれていますか。(はい ・ いいえ)

薬物アレルギーがありますか。(はい ・ いいえ)

Ⅳ、どのような理由で松原病院を選ばれましたか。

1. 病院・医師の紹介() 2. 知人の紹介 3. 家族のすすめ
4. 近いので 5. 交通の便がよい 6. 新聞広告等の記事
7. その他(具体的に:)

Ⅴ、学歴について。(学校 年 在学 ・ 中退 ・ 卒業)
成績について。(上 ・ 中 ・ 下)

Ⅵ、あなたの家族について。

- * 両親(父 ・ 母)は元気です。(はい ・ いいえ)
* 私は()人兄弟(男 人・女 人)の()番目です。
* 今、私は()と一緒に暮らしています。

Ⅶ、生活習慣について

- * 趣味() * 信仰()
* 飲酒(歳より、常用 ・ 時々、1日 合、酒癖:)
* 喫煙(歳より、常用 ・ 時々、1日 本)
* 月経(初潮 歳、閉経 歳、正量 日間、障害:)
* 妊娠(回、流産 回)

Ⅷ、介護保険は利用されたことがありますか。(はい ・ いいえ)

はいの方 → どちらで申請されましたか。()

介護度は 要支援 ・ 介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

◎ご協力ありがとうございました。いましばらくお待ちください。

松原病院