

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

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