

花園メンタルクリニック問診票

記入日： 年 月 日

記入された方：（本人・付添い）*本人との関係： _____

当クリニックでは診察を充実させるために、下記の質問に答えていただいております。書ける範囲内で構いませんのでご記入をお願いいたします。

(ふりがな) 名前	男 女	生年月日： 年 月 日（ 歳）
--------------	--------	-----------------

1. 今回来院された理由、いま一番困っていること、相談したいことなどをお書きください。

2. 上に書かれたこと(症状)は、いつごろから、きっかけがあればご記入ください。

いつごろから：

きっかけ：

3. 現在困っている状態があれば□にチェック✓をつけてください。

【A】気持ち

- | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 気分が落ち込んでいる | <input type="checkbox"/> 不安・緊張 | <input type="checkbox"/> イライラ感 |
| <input type="checkbox"/> 以前は楽しかったことが楽しめない | <input type="checkbox"/> 悲しい | |
| <input type="checkbox"/> 気力や集中力が落ちた | <input type="checkbox"/> 焦り | |
| <input type="checkbox"/> 絶好調で、まわりの人から会話や行動についていけないと言われた時期がある | | |

【B】行動

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 家事ができない、学校・仕事に行けない | <input type="checkbox"/> おしゃべりになった | <input type="checkbox"/> 興奮してしまう |
| <input type="checkbox"/> 睡眠時間が(短く・長く)なった | <input type="checkbox"/> 飲酒量が増えた | <input type="checkbox"/> 朝起きれない |
| <input type="checkbox"/> 人前で話すのが苦手で、緊張する | <input type="checkbox"/> こだわりが強い | |
| <input type="checkbox"/> 人ごみや集まりが苦手で、つい避けてしまう | <input type="checkbox"/> 口数が減った | |
| <input type="checkbox"/> 食べたあと(ときどき・いつも)嘔吐する | <input type="checkbox"/> 怒りっぽくなった | |
| <input type="checkbox"/> スマホを見る時間が(長く・短く)なった | <input type="checkbox"/> 家族以外と数ヶ月話していない | |

【C】思考

- 悪い方に考える
- 被害的に考える
- 考えが次々と浮かぶ
- だれもいないのに声が聴こえる
- 物の数や、くり返し頭にうかぶ考えにこだわってしまう
- 自分の体や家の中などがすぐ不潔になったと感じ、手洗いや掃除をくり返す
- 戸締りや物の置き場所などを何度も確認するので、時間がかかる
- まわりの話し声や物音が気になって、自分への嫌がらせと感じる
- 迫害されたり、監視されている
- 人に見られている感じがする
- 現実的でないことが思い浮かぶ

【D】認知機能

- すぐに物事を忘れてしまう
- 同じ話を何度もする
- ものをよく無くす
- 時間や場所が分からない
- 薬やお金の管理が出来ない
- 場にそぐわないことを言ったりする

【E】身体症状

- 頭痛
- 頭が重い
- 体が重たい
- 腹痛
- 下痢
- めまい
- 食欲がない
- 便秘
- 胃の不快感
- 嘔吐
- 動悸
- 息苦しさ
- 手足のしびれ
- 疲れやすい

【F】子どもの頃から現在まで

- 子どもの頃、落ち着きがないと大人から言われた
- 片づけが苦手、ものごとを順序だてて実行するのが苦手
- 「場の空気が読めない」と自分で感じたり、人から言われる
- 子どもの頃から人間関係に苦労してきた
- 一人遊びが多かった
- 友だちが少ない
- 人の話を聞かない

【G】女性のみご回答ください（お薬の処方に関係します）

- 生理前に体調や気分が悪くなる
- 妊娠している
- 授乳中
- 生理のリズムが不順
- 妊娠している可能性が高い
- 近い将来に妊娠を検討

4. これまで心療内科・メンタルクリニック・精神科を受診したことがありますか？

- はい（大体の時期、医療機関名を下に書いて下さい）
- いいえ

受診時期	病院・クリニック名	診断名	入院
年 月(歳) ~ 年 月(歳)			有・無
年 月(歳) ~ 年 月(歳)			有・無
年 月(歳) ~ 年 月(歳)			有・無

5. 今までにメンタル以外で大きな病気をした方や、病気以外で通院している方は、病名・病院名・治療の内容をお書きください。現在内服中のお薬がある方は、できるだけお書きください。

6. アレルギー（有・無） 内容： _____

7. 生活習慣についてお書きください。 _____には数を記入してください。

睡眠： _____ 時頃～ _____ 時頃 寝つきはだいたい（良い・悪い）途中で _____ 回ほど目覚める

タバコ： 吸わない 吸う（一日に _____ 本くらい） 電子タバコ

飲酒： 飲まない 飲む（一日に _____ を _____ mlくらい）

飲酒の頻度： 機会があれば軽く 週に2～3日 週に4～7日 昼間も飲む

8. 経歴について教えてください。

出身地（ _____ ）

最終学歴： 高校 専門学校 短大 大学 大学院 その他（ _____ ）

職歴

期間	仕事の内容	雇用形態
～		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 自営業
～		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 自営業
～		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 自営業

9. ご自身・ご家族について教えてください。

父（ _____ 歳） 職業： _____

母（ _____ 歳） 職業： _____

兄弟姉妹（ _____ 歳：男 / 女） 職業または学校： _____

（ _____ 歳：男 / 女） 職業または学校： _____

（ _____ 歳：男 / 女） 職業または学校： _____

結婚歴 あり _____ 歳時（ 配偶者 _____ 歳 離婚 死別 ） なし

※ありの方… お子さんはいますか？

（ _____ 歳：男 / 女、 _____ 歳：男 / 女、 _____ 歳：男 / 女、 _____ 歳：男 / 女）

ご家族・ご親戚で精神科、心療内科に通院歴、入院歴がある方がいますか？

いる（ _____ ） いない