

## 心療内科受診の方へ

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

氏名: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 歳

性別: 男 ・ 女      結婚歴: 未婚 ・ 既婚 ・ 離婚 ・ 死別

職業: \_\_\_\_\_ 職種: \_\_\_\_\_

電話番号(必要時病院から連絡してよい番号をご記入ください) Tel. \_\_\_\_\_

**1. 現在困っていることを具体的に記入してください ※最も困っていることから順番に記入してください**

- ① \_\_\_\_\_
  - ② \_\_\_\_\_
  - ③ \_\_\_\_\_
  - ④ \_\_\_\_\_
  - ⑤ \_\_\_\_\_
- その他 \_\_\_\_\_

**2. 上記の症状の経過について記入してください  
(いつから、どんな時、症状の変化や治療歴とその結果など具体的に記入してください)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**◆当院の心療内科をどのようにして、知りましたか**

\_\_\_\_\_

**3. 今までに大きな病気・入院・手術などの経験がありますか**

	病名	受診した病院	治療の内容	結果
_____ 歳	_____	_____	_____	_____
_____ 歳	_____	_____	_____	_____
_____ 歳	_____	_____	_____	_____
_____ 歳	_____	_____	_____	_____
_____ 歳	_____	_____	_____	_____

4. アレルギーはありますか

はい・いいえ

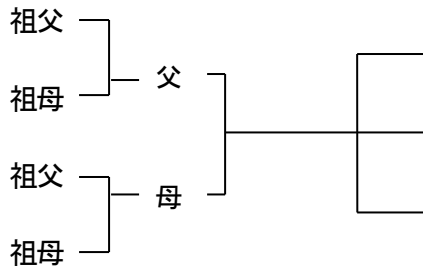
くすり \_\_\_\_\_  
 食べ物 \_\_\_\_\_

5. 現在、飲んでいる薬がある方は、記入してください

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6. ご家族の構成や病歴について記入してください

※兄弟姉妹、ご自身も含めてご記入ください



以下の病気にかかった方との間柄

高血圧 ( )  
 脳卒中 ( )  
 心臓病 ( )  
 がん ( )  
 糖尿病 ( )  
 喘息 ( )  
 精神病 ( )

※あなたを主に養育なさった方は、どなたですか

父・母・祖父・祖母・その他: \_\_\_\_\_

7. 最終学歴・職歴について、記入してください

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (勤続 年)

8. 1日の過ごし方を記入してください

起床時刻: \_\_\_\_\_ 就床時刻: \_\_\_\_\_ 睡眠時間: \_\_\_\_\_  
 始業時刻: \_\_\_\_\_ 終業時刻: \_\_\_\_\_ 労働時間: \_\_\_\_\_  
 食事: \_\_\_\_\_ 回 / 日 食欲: あり・なし タバコ: \_\_\_\_\_ 本 / 日・なし  
 お酒: (ビール、ワイン、日本酒、他) \_\_\_\_\_ ml / 日 × 週 回 機会があれば飲む・なし  
 運動習慣: \_\_\_\_\_ 趣味: \_\_\_\_\_  
 その他: \_\_\_\_\_

9. この1週間、次のような問題にどのくらい悩まれていますか

	悩まされていない	あまり 悩まされていない	悩まされている
1) 胃の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 背中での痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 腕、足、または関節(膝や股関節等)の痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 生理痛や生理に関する問題(女性のみ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 性交痛や性交に関する問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 胸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) めまい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) 失神発作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) 心臓がドキドキする、または鼓動が速い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) 息切れまたは息苦しさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) 便秘、軟便、または下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) 吐き気、下腹部にガスがたまっている感じ、 または消化不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) 疲れた感じがする、または気力がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) 睡眠の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

《PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15) 日本語版(症状評価版 2013)》

10. 現在の状況についてどのような印象をお持ちですか

症状の原因や誘因について思い当たることがあれば記入してください

(家庭、学校、職場など生活環境や人間関係のストレスについても心当たりはありませんか)

---



---



---



---



---

11. 今後どのようにになりたい、または、どのようにしたいと思いませんか

---



---



---



---



---

12. 当院では医学的に必要と判断した場合は輸血を行っています。

あなたは輸血を受けてもよいですか

はい・いいえ

- 1) (今、仕事をしている人は) 今の仕事に興味がありますか  
 3: 大変興味がある                      2: まあまあ興味がある                      1: 少し興味がある                      0: 全く興味がない
- 2) (今、仕事をしていない人は) 家事に興味がありますか  
 3: 大変興味がある                      2: まあまあ興味がある                      1: 少し興味がある                      0: 全く興味がない
- 3) あなたは今の仕事や家事を楽しんでいますか  
 3: 大変楽しい                              2: まあまあ楽しい                              1: 少し楽しい                              0: 全く楽しくない
- 4) あなたは趣味・余暇に興味がありますか  
 3: 大変興味がある                      2: まあまあ興味がある                      1: 少し興味がある                      0: 全く興味がない
- 5) あなたの余暇は充実していますか  
 3: 大変充実している                      2: まあまあ充実している                      1: 少し充実している                      0: 全く充実していない
- 6) あなたはどのくらい頻繁に家族(配偶者、子ども、両親など)とコミュニケーションをとりますか  
 3: 大変頻繁にとる                      2: まあまあ頻繁にとる                      1: まれにしかとらない                      0: 全くとらない
- 7) あなたの家族関係は良いですか  
 3: 大変良い                                  2: 良い    1: まあまあ良い                                  0: 悪い
- 8) 家族以外であなたが親しくしている人はどれくらいいますか  
 3: 大勢いる                                  2: 何人かいる                                  1: 少しいる                                  0: 1人もいない
- 9) あなたは他人との関係を積極的に築こうとしていますか  
 3: 大変積極的に築こうとする                      2: 積極的に築こうとする                      1: それなりに築こうとする                      0: ほとんど築こうとしない
- 10) 全体として、あなたは他人との関係は良いですか  
 3: 大変良い                                  2: 良い    1: まあまあ良い                                  0: 悪い
- 11) あなたは他人との関係にどのくらい価値をおいていますか  
 3: 大変重視している                      2: 重視している                                  1: 少し重視している                      0: 全く重視していない
- 12) あなたの周りの人たちはどのくらい頻繁にあなたとのコミュニケーションを求めますか  
 3: 大変頻繁に求める                      2: 頻繁に求める                                  1: まれにしか求めない                      0: 全く求めない

- 13) あなたは社会のルールや礼儀や礼節を守りますか  
 3: いつも守る                      2: だいたい守る                      1: まれにしか守らない                      0: 全く守らない
- 14) あなたは(協会やクラブなど)地域社会の生活にどのくらい参加していますか  
 3: 全面的に参加している                      2: まあまあ参加している                      1: 少ししか参加していない                      0: 全く参加していない
- 15) あなたは物事や状況や人をよりよく理解するために、それらに関する情報を集めるのが好きですか  
 3: 大変好きである                      2: まあまあ好きである                      1:それほど好きではない                      0: 嫌いである
- 16) あなたは科学や技術や文化に関する情報に興味がありますか  
 3: 大変興味がある                      2: まあまあ興味がある                      1: 少し興味がある                      0: 全く興味がない
- 17) あなたは自分の意見を述べるときに、どのくらい頻繁に困難さを感じますか  
 0: いつも感じる                      1: しばしば感じる                      2: 時々感じる                      3: 全く感じない
- 18) あなたはどのくらい頻繁に、周囲から受け入れられていない、または疎外されていると感じますか  
 0: いつも感じる                      1: しばしば感じる                      2: 時々感じる                      3: 全く感じない
- 19) あなたは自分の身体的外見をどのくらい気にしていますか  
 3: 大変気にしている                      2: 気にしている                      1: それほど気にしていない                      0: 全く気にしていない
- 20) あなたは財産や収入の管理に対してどのくらい頻繁に困難を感じますか  
 0: いつも感じる                      1: しばしば感じる                      2: 時々感じる                      3: 全く感じない
- 21) あなたは周りの環境をあなたの思うままに、また必要に応じて調整することができると感じますか  
 3: よくできると感じる                      2: まあまあできると感じる  
 1: そんなにできるとは感じない                      0: 全くできないと感じる

《SASS (Social Adaptation Self-evaluation Scale) 日本語版》