

## 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

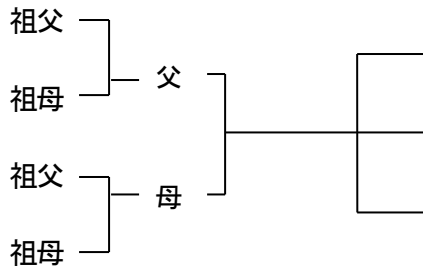
くすり \_\_\_\_\_  
食べ物 \_\_\_\_\_

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