

## 星ヶ丘マタニティ病院 心療内科 問診票

診療の参考にさせていただきますので、ご記入下さい。[ ] : 該当するものに○を付けて下さい。

(ご回答いただいた内容は診療の目的以外には使用致しません) カルテ番号: (ご記入不要)

ご記入日: 年 月 日

ふりがな

ご氏名 ( 歳)

記入者: {本人・配偶者・父・母・兄弟・その他 ( )}

○身長 cm、 体重 kg →ここ最近、{変化なし・増加・減少} 最大体重 Kg ( 歳)

○今回はどのようなことが心配で受診されますか? なるべく具体的にご記載下さい。

※いつ頃から症状・悩み・苦痛が始まりましたか? → 年 月頃、 歳頃から

※このことでどこかに受診・相談したことがありますか? → {はい・いいえ}

→「はい」の場合: どこで、どのような治療(お薬・カウンセリングなど)を、いつ頃受けましたか?

○現在、治療中の病気があればご記入下さい。(いつ頃から、病名、医療機関名)

・( ) 年頃から(病名: )を(施設名: )で治療中

・( ) 年頃から(病名: )を(施設名: )で治療中

○今までにかかったことのある主な病気や怪我・手術があればご記入下さい。

・( ) 年頃、(病名: )を(施設名: )で治療した

・( ) 年頃、(病名: )を(施設名: )で治療した

○これまでに心療内科・精神科を受診されたことはありますか?

・( ) 年頃、(病名: )を(施設名: )で {治療終了・治療中}

・( ) 年頃、(病名: )を(施設名: )で {治療終了・治療中}

○現在、常用中(いつも飲んでいる)のお薬やサプリメントがありますか? {有・無}

→「有」の場合は、分かる範囲で薬品名等をご記載下さい。お薬手帳をご提示ください

○今回の体調不良で一番心配していること・困っていることを自由にご記載下さい。

(例: 癌ではないか心配、仕事・学校に行けない、胎児に影響がないか心配)

(続けて、次の頁にご回答ください)

1) 睡眠：{眠れる・眠れない・寝すぎる} →「眠れない」・「寝すぎる」の場合、詳しく状態をご記載下さい（例：なかなか寝付けない、夜中に何度も目が覚める）

2) **食欲**：[ある・ない・あり過ぎる] → 「ない」・「あり過ぎる」の場合は、詳しく状態をご記載下さい（例：空腹感がなく1日に1食しか食べられない、いつも食べている）

回数 ( 日に 回)、 硬さ: {下痢・軟便・普通・やや硬い・とても硬い}  
下剤の使用: {なし・あり} (ありの場合: 使用頻度は 日に 回)

※飲酒：{飲まない・飲む・飲んでいた}

\* たばこ：[吸わない・今は吸っていない・吸う（1日に　　本程度・　年間）]

藥 ( ) (症狀 )

\* 現在、妊娠中または、その可能性がありますか？ {はい（妊娠 月）・いいえ・わからない}

\*生理と症状は関係しますか？〔関係する、関係しない、その他（ ）〕

「はい」の場合：どなたですか？（複数回答も可です）

→ 「はい・いいえ・わからない」 「はい」の場合はどなたで、どんな病気ですか？

以上です。ご記入ありがとうございました。 (2025 年 4 月)