



【問診票のお願い】

陽和病院では、初診時にスムーズな診察を行うため、事前に問診票のご記入をお願いしております。

ご記入は、ご本人またはご本人の様子がよくお分かりになる方がご記入ください。

不明な項目は、空白のままで結構です。

受診日に問診票をお忘れになった場合は、診察の前にご記入いただきますので、相談室までお問合せください。

【初診時のお持ち物】

- ☐ 健康保険証（マイナ保険証） ※生活保護受給中の方は医療券
- ☐ 各種医療受給者証 ※お持ちの方のみ
- ☐ お薬手帳 ※ない場合は服用されているお薬をご持参ください
- ☐ かかりつけ医からの紹介状（診療情報提供書）
※事前に提供していただいている場合は不要です
- ☐ 問診票

～以下のものがありましたら、お持ちください～

- ☐ 画像や検査データ（CD-ROM や採血結果など）

【ご予約時間】

診察予約日	月	日
来院時間	午前 午後	時 分



【問診票】

お名前：

お答えできる範囲でご記入をお願いします

1. 現在の症状について、当てはまるものにチェックしてください

☐ 夜眠れない	☐ おなかの調子が悪い	☐ 死にたい気持ちがある
☐ 昼夜逆転している	☐ ジッと座っていられない	☐ 死のうとして実際に行動に移したことがある
☐ 夜より朝の方が辛い	☐ 大きな声を出したくなる	☐ 自傷、自殺したくなることもある
☐ 趣味などを楽しめない	☐ そわそわする	☐ 周囲に迷惑をかけている気持ちになる
☐ 仕事、家事、学業が出来ない	☐ 胸がドキドキする	☐ 常に焦る感じがある
☐ 公共機関が利用しづらい	☐ 対人緊張が強い	☐ 誰かに追われている感じがする
☐ 身の回りのことが出来ない	☐ 人や物にあたってしまう	☐ 人に見られている感じがする
☐ 物忘れがある	☐ イライラする	☐ 得体のしれない声が聞こえる
☐ 行動を覚えていないことがある	☐ いつも不安な感じがある	☐ 見えるはずのないものが見える
☐ 集中できない	☐ ずっと憂鬱な気分がある	☐ 嫌な考えが頭の中を巡る
☐ 考えがまとまらない	☐ 何事も自分を責めてしまう	☐ 気分が高い事が続いている
☐ 意識を失う事がある	☐ 孤独感がある	☐ 市販薬を沢山飲んでしまう
☐ めまいやフラフラする感じがある	☐ 生きているのが辛い	☐ 食べたものを吐いてしまう
☐ 首や肩がこる、痛みがある		☐ 食欲がない

●その他の症状や、今一番お困りなこと・辛いことがございましたらご記入ください

--

2. それはいつ頃から続いていますか？

--

3. 思い当たる原因やきっかけはありますか？

--

4. 現在処方されているお薬はありますか？ ☐あり ☐なし ☐以前飲んでいた

お薬手帳をご持参でない方は判る範囲で以下にご記入ください

※マイナ保険証による情報取得に同意をいただいた方は、直近1カ月以内の処方薬以外は省略可能です

--

5. これまで精神科の治療を受けたことがありますか？ ☐ある ☐ない

医療機関名	期間	
	～	通院 ・ 入院
	～	通院 ・ 入院
	～	通院 ・ 入院

6. どなたの薦めで当院のご来院されましたか ※複数回答可

☐ 本人の希望	☐ ホームページを見て	☐ 医療機関からの紹介	☐ 保健所の紹介	☐ ご家族の薦め
☐ 知人・友人の薦め	☐ その他()			

7. 当院に希望されることにチェックしてください。 ※複数回答可

☐ 診断	☐ 検査	☐ 処方	☐ 入院	☐ 説明・助言
☐ 書類作成	☐ 他施設紹介	☐ DG・OT 利用	☐ その他()	

8. これまでかかったことのある病気はありますか？ ☐ある ☐ない

☐ 糖尿病(歳～)	☐ 治療中 ☐ 治療していない	☐ 心臓病(歳～)	☐ 治療中 ☐ 治療していない			
☐ 脳出血・脳梗塞(歳～)	☐ 治療中 ☐ 治療していない	☐ 高血圧	☐ 低血圧	☐ ぜんそく	☐ けいれん	☐ 腎疾患
☐ 感染症 (☐ 肝炎 ☐ 新型コロナ感染症 ☐ その他感染症()						

9. その他、大きな病気やけがについてご記入ください ☐ある ☐ない

(例：骨折、腰痛、気を失った、頭を強く打った 等)

いつ頃	病名・けがの状態等	いつ頃	病名・けがの状態等
歳		歳	

10. 現在通院している病院がありますか？

診療科	通院している理由の病名	診療科	通院している理由の病名

11. ご自身のことをお聞かせください

出身地		育ったところ	
生まれた時	☐ 難産だった ☐ 未熟児だった	幼少期	☐ 保育園 ☐ 幼稚園 ☐ 行っていない

	得意科目	苦手科目	出席状況、部活や習い事	成績
小学校				上・中・下
中学校				上・中・下
高校				上・中・下
最終学歴	☐ 中学校 ☐ 高校 ☐ 短大 ☐ 大学 ☐ 大学院 ☐ 専門学校			

現在のお仕事	☐ あり ☐ なし	勤務先・職種：	勤務年数 年
--------	---	---------	--------

●これまでのお仕事のご経験（アルバイト、職業（転職のご経験）など）

12. ご家族について

父	歳	☐ 健在 ☐ 死去	兄弟姉妹(本人含めて)	人中	番目
母	歳	☐ 健在 ☐ 死去	兄弟姉妹の構成:		
結婚歴	☐ 未婚 ☐ 既婚(結婚時の年齢 歳) ☐ 離婚(歳) ☐ 死別(歳)				
	お相手の職業				
子ども	☐ なし ☐ あり	息子: 人(年齢:)		娘: 人(年齢:)	
住居	☐ 一人暮らし ☐ 同居 (同居者:)				
ご家族・ご親戚で精神科の受診経験のある方はいますか?			☐ いない ☐ いる ()		

13. 生活習慣・嗜好について教えてください

睡眠	平均 時間	就寝時間 時頃	起床時間 時頃
	☐ よく眠れる ☐ 寝付けにくい ☐ 途中で目が覚める ☐ 早く目が覚める ☐ 眠れない ☐ 寝すぎる		
アルコール	☐ 飲まない ☐ 少し飲む ☐ 毎日／一日あたりの量() 飲み始めた年齢(歳～)		
たばこ	☐ 吸わない ☐ 吸う 一日あたりの本数(本)		
アレルギー	☐ なし ☐ あり (種類 食べ物・薬等)		
常用薬	☐ なし ☐ あり (具体的に)		

14. 現在、妊娠中又は授乳中ですか？（女性のみ） ☐いいえ ☐妊娠中 ☐授乳中

15. 利用されている制度やサービスがあればチェックをお願いします

☐ 自立支援医療	☐ あり ☐ 申請中
☐ 障害者手帳	☐ あり ☐ 申請中
☐ 年金	☐ 障がい ☐ 基礎 ☐ 厚生 ☐ 老齢 ☐ 基礎 ☐ 厚生
☐ 在宅サービス等	☐ 訪問看護 ☐ ヘルパー ☐ デイケア ☐ ショートステイ ☐ その他
☐ 要介護認定	☐ 要支援 ☐ 要介護
☐ 施設	☐ 入所 ☐ 通所 担当者()連絡先 tel:

16. その他、お知らせしたいこと、ご相談したいこと、ご希望等ございましたらご記入ください