

受付表

ID _____

日付 _____

時 _____

分 _____

(ふりがな)					
氏名 _____	(男・女) _____	職業 _____			
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)
住所 _____					
電話番号 _____			携帯番号 _____		
家族連絡先 (氏名) _____			(続柄) _____		
住所 _____					
電話番号 _____			携帯番号 _____		

☆以下の質問にお答えください。

1. 今日、来院したのはどなたのご相談ですか？

- 本人 (自分) のことについての相談
 家族のことについての相談 (どなたですか?)

2. どのような症状・悩み・相談ですか？ (当てはまるものに○をつけてください)

心の症状

眠れない 食欲がない 落ち着かない 緊張感 不安感 イライラしやすい ミスが増えた
考えがまとまらない 気持ちが沈んでいる 気力がない 何をやっても楽しいと思えない
性格の悩み 対人関係の悩み
その他 ()

体の症状

疲れやすい だるい めまい ふらつき 耳鳴り 頭痛 頭がスッキリしない 動悸
胸部不快 過呼吸 臭いが気になる 吐き気 腹部不快感 胃痛 腹痛 下痢 便秘
かゆみ しびれ 多汗 顔や体のほてり 冷え性
その他 ()

その他の症状があればご記入下さい ()

問診票

1. いつ頃から、そのような症状がでましたか？

.....
.....

2. その症状には、思い当たる原因はありますか？（ はい ・ いいえ ）

「はい」と答えた方はお答えください

.....
.....

3. これまでに心療内科・精神科を受診したことはありますか？（ はい ・ いいえ ）

「はい」と答えた方はお答えください

いつ頃？

.....

内服薬は？

.....

病院名は？

.....

4. これまでにかかった病気はありますか？（ ある ・ ない ） 当てはまるものに○をつけてください

高血圧 糖尿病 心臓病 高脂血症 虫垂炎（盲腸） 喘息 緑内障 白内障

・その他の病気があればご記入ください（例：45歳 高血圧、等）

いつ頃ですか？また病名を教えてください

.....

5. 今現在、心療内科・精神科以外で病院に通院中ですか？（ はい ・ いいえ ）

内科（循環器・呼吸器・消化器） 外科 整形外科 脳神経外科 泌尿器科 皮膚科

眼科 耳鼻咽喉科 歯科 その他（ ）

・現在飲んでいるお薬はありますか？（ はい ・ いいえ ） お薬手帳などがあれば見せて下さい

どんなお薬ですか？

.....

6. 家族構成を教えてください。亡くなった方も含めてお答えください（数字を入れたり、○をつけてください）

・祖父（父方・母方）（健在・逝去） ・祖母（父方・母方）（健在・逝去）

・父（健在・逝去） ・母（健在・逝去）

・何人兄弟の何番目ですか？（ 人兄弟 番目 ） ・（男 人）（女 人）

・ご結婚されていますか？（ はい ・ いいえ ） ・離婚されていますか？（ はい ・ いいえ ）

・子供は何人ですか？（男 人）（女 人）

・現在、どなたとお住まいですか？

.....
・ご家族の中で心療内科・精神科に通院中の方はいらっしゃいますか？（ はい ・ いいえ ）

どなたか教えていただけますか？

.....
どのようなご病名ですか？

.....
7. これまでに、薬や食べ物でアレルギー反応を起こしたことはありますか？（ はい ・ いいえ ）

いつ頃ですか？

どのような症状ですか？

.....
どのような薬・食べ物でですか？

.....
8. お酒は飲みますか？（ はい ・ いいえ ）

・ビール ・ 泡盛 ・ 焼酎 ・ 日本酒 ・ ウイスキー ・ ワイン（ 杯 ・ 本 ・ 合 / 日 ・ 時々 ）

・付き合い程度 ・ 止めている（ 年前から ）

.....
9. タバコは吸いますか？（ はい ・ いいえ ）

・一日（ 本 ） ・ 喫煙歴は？（ 年 ） ・ 止めている（ 年前から ）

.....
10. 女性の方へ質問です

・妊娠中ですか？（ はい ・ いいえ ） ・ 授乳中ですか？（ はい ・ いいえ ）

・月経は順調ですか？（ はい ・ いいえ ） ・ 最終月経はいつ頃ですか？（ 月 日 ）

・月経前後に心身の体調が不安定になりますか？（ はい ・ いいえ ）

「はい」と答えた方はどのような症状ですか？

.....
・閉経している方は何歳でですか？（ 歳 ）

.....
11. 受診の経緯（当てはまるものに○をつけて下さい）

新聞 電話帳 看板 ラジオ 家族・知人の紹介 医療機関の紹介 役所の紹介 インターネット
通院中の方の紹介（どなたですか？ ）

.....
12. 今日来院したことを家族は知っていますか？（ はい ・ いいえ ）

・ご家族に症状をお伝えする機会があれば伝えてもよろしいでしょうか？（ はい ・ いいえ ）

.....
利き手（ 右 ・ 左 ）

Bp / mmHg 身長 cm 体調 kg 脈拍 回 / 分

睡眠に関する質問表

(ふりがな)

氏名

生年月日 / 明・大・昭・平

年

月

日

この問診票は、睡眠障害の診断に役立てるための質問表です

自覚症状について教えてください。あてはまる項目にチェックをご記入下さい。

- 夜、寝床に入ってからなかなか寝つけない
- 夜中に目が覚めてしまう
- 日中に眠くてしかたがない

上記質問にチェックがついた方は下記の項目にチェックを入れてください

I. 脚に不快な感覚（痛み、ムズムズ感、熱い感じ、冷感、濡れた感じなど）
がおこり、脚を動かしたくてたまらない感じになる

- いつもある よくある たまにある 全くない

II. 寝ているときに、足がピクピク動いたり、ビクッと少し大きく動く

- いつもある よくある たまにある 全くない
- 主に足に起きる 腕におきる 腕にも足にも起きる

III. 安静にして横になったり座ったりしていると症状があらわれる・強くなる

- いつもある よくある たまにある 全くない

IV. 脚を動かすと、不快な感覚が軽減する

- いつもある よくある たまにある 全くない

V. 夕方から夜にかけて症状が強くなる

- いつもある よくある たまにある 全くない