

問診票

来院ありがとうございます。診断、治療に必要なになりますのでできる限りご記載ください。

氏名() 生年月日 昭和・平成()年()月()日

記載者 本人 ・ 本人以外の方 本人との関係()

誰に受診を勧められましたか？ 本人 ・ その他の方 本人との関係()

・今の症状を相談できる方はいらっしゃいますか？ いる() ・ いない

・女性の方のみチェックお願いします。 授乳中 ・ 妊娠中

何にお困りですか？困っている症状を詳しくお書きください。

- ・現在ある症状についてあてはまるものがあればチェックして下さい
 - 食欲がない 過食気味 眠れない 眠りすぎる 疲れやすい
 - 意欲が出ない 何をするにもおっくう 気分が落ち込む 気力がわからない 集中できない
 - 考えがまとまらない 自分を責めてしまう 死にたい イライラしやすい
 - 過去に気分が上がりすぎたことがある(躁状態)
 - 動悸がする 息苦しくなる 不安が強い
 - 見られたり監視されている感じがする 悪口を言われている感じがする
 - 他人の声や音が聞こえる(幻聴) 忘れっぽい 仕事でミスが多くなった 仕事の効率が落ちた
 - 考え込んで忘れられないことがある お酒のことで気になることがある
- ・内科で検査をしたにもかかわらず改善しない症状は？
 - ありません ・ あります()
- ・これまでできていたことで、できなくなったこと、やらなくなったことは？
 - ありません ・ あります()
- ・その他、気になる症状がありましたらご記載下さい
()

睡眠について

- ・現在の睡眠に満足度 満足している ・ 満足していない
- ・睡眠について当てはまるのがあったらチェックしてください
 - 寝つきが悪い ・ 途中で目が覚めてしまう ・ 早く目が覚める
 - 寝起きがよくない ・ 眠りすぎる
 - 夜はよく眠れているのに昼間に眠くなる
 - いびきがある ・ 無呼吸がある

食事について

- ・食欲(食べたいという気持ち) ある ・ 普通 ・ ない
- ・体重の変化(症状が出てから現在まで) ない ・ ある(kg 増えた、 kg 減った)

受診時に当院へご持参ください。また、続きがございますので、残りは当院でご記載ください。