

横浜労災病院 精神科 問診票 (2023年作成)

記入した日付 () 年 () 月 () 日

お名前 () 問診票記入者 本人 本人以外

生年月日 () 年 () 月 () 日 年齢 () 歳

同行者お名前 () 本人との関係 ()

連絡先 () *なるべく日中連絡の取れる番号

*今日はどのような症状があり受診されましたか

*症状はいつからはじまりましたか

() 年 () 月ごろから () 歳頃から)

*何かきっかけになるような出来事がありましたか? 具体的にお書きください。

*この症状に対し、今まで受診したクリニックや病院について、わかる範囲でお書きください。

・病院・クリニック名	_____	年	月	～	年	月	まで通院
・病院・クリニック名	_____	年	月	～	年	月	まで通院
・病院・クリニック名	_____	年	月	～	年	月	まで通院
・病院・クリニック名	_____	年	月	～	年	月	まで通院

横浜労災病院 精神科 問診票 (2023年作成)

患者さんご本人についてご記入ください。

*最終学歴 () 卒業/中退

*婚姻歴 未婚 既婚 その他 ()

*現在の職業 なし あり (職種)

*食べ物や薬に対するアレルギーはありますか (はい・いいえ)

「はい」の方は、具体的に何に対して、どのような症状が出ますか。

・薬 () (症状:ぜんそく・しっしん・その他 ())

・食べ物 () (症状:ぜんそく・しっしん・その他 ())

・その他(ハウスダスト・花粉など) ()
(症状:ぜんそく・しっしん・その他 ())

*今までに、何らかの病気にかかったことはありますか (はい・いいえ)

「はい」の方は該当する病気に○をつけ、「初めて診断された時の年齢」を書き、「現在の治療の有無」をチェックしてください。

例 ○	高血圧 48歳で高血圧治療を始め、今も治療中の場合	48	歳	現在の治療の有無 (はい) いいえ
	高血圧		歳	現在の治療の有無 (はい・いいえ)
	糖尿病		歳	現在の治療の有無 (はい・いいえ)
	高脂血症		歳	現在の治療の有無 (はい・いいえ)
	脳梗塞・脳出血		歳	現在の治療の有無 (はい・いいえ)
	心臓病 (病名)		歳	現在の治療の有無 (はい・いいえ)
	肝臓病 (病名)		歳	現在の治療の有無 (はい・いいえ)
	腎臓病 (病名)		歳	現在の治療の有無 (はい・いいえ)
	甲状腺の病気		歳	現在の治療の有無 (はい・いいえ)

横浜労災病院 精神科 問診票 (2023年作成)

がん (病名)		歳	現在の治療の有無 (はい・いいえ)
精神疾患 (病名)		歳	現在の治療の有無 (はい・いいえ)
神経疾患 (病名)		歳	現在の治療の有無 (はい・いいえ)
けいれん(てんかんも含む)		歳	現在の治療の有無 (はい・いいえ)
知的障害、発達の遅れ		歳	現在の治療の有無 (はい・いいえ)
その他(けがも含む) ()		歳	現在の治療の有無 (はい・いいえ)
何らかの手術を受けたことがある (病名)		歳	

*現在、薬を飲んでいますか (はい・いいえ) 「はい」の方は、薬の名前を書いてください。
こちらに記載せず、診察時にお薬手帳を見せていただいても結構です。

*タバコを吸ったことがありますか (はい・いいえ)

「はい」の方にお聞きします。

◇現在タバコを吸っていますか (はい・いいえ (吸うのをやめた年齢:))

◇何歳頃からタバコを吸い始めましたか () 歳

◇現在あるいは過去のタバコの本数: 1日 () 本程度

*お酒を飲みますか (はい・いいえ)

「はい」の方は、何をどの程度飲みますか。該当するものに○をつけてください。

◇日本酒・焼酎・発泡酒・ビール・ウィスキー・ブランデー・ワイン・その他 ()

◇飲む頻度: 月に 1~2回・週に 1~2日・週に 3~4日・週に 5~6日・毎晩・1日中

◇飲む量: 1日 () mL 程度

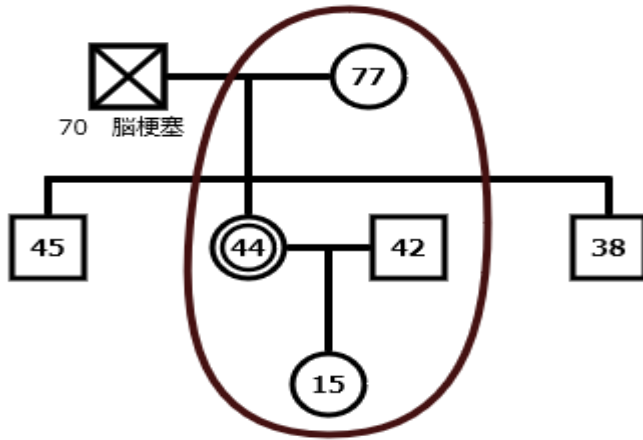
*女性の方のみお答えください

◇初経年齢 () 歳 ◇月経周期 (規則的・不規則)

◇月経前後で精神的に変化することがあります(した)か? (はい・いいえ)

◇閉経 (はい・いいえ) 閉経年齢 () 歳

*例にならって、ご家族について教えてください。



記載例)

患者さん自身は女性で44歳。
父親は脳梗塞で70歳で死去。
兄弟は45歳の兄と38歳の弟。
現在、77歳の母親、42歳の夫、
15歳の長女と4人暮らし。

- ・ 男性は□、女性は○で示してください。
ご本人は2重にしてください。男性だと二重四角、女性だと二重丸です。
- ・ それぞれに現在の年齢を書いてください。
亡くなっている方は×印をし、亡くなった年齢と死因を書いてください。
- ・ 現在患者さん本人と同居している方を○で囲んでください。
一人暮らしの方はご本人のみ○で囲んでください。
- ・ 下の空白部分に記載をお願いします。