

静岡市こころの健康センター 問診票

初診日

年 月 日 ()

※IDはこちらで記載します

ID () () 様

この問診票は、初回診察をスムーズにすすめるための資料であり、あなたが希望される治療をこちらでお受けできるかどうか判断させていただくための資料でもあります。一定期間、この問診票はこちらで保存しますが、個人情報に関しましては、診療・治療以外には使用いたしません。

この問診票は全部で 4 ページ あります。裏表のご記入をお願いいたします。

- この問診票を記入しているのはどなたですか？※できる限りご本人が記入するようにしてください
 本人 家族（続柄） その他（）

現在の状態（病気）についておたずねします。

- 現在お困りのことは何ですか？

- それはいつ頃からですか？

- 最初に不調となるきっかけはありましたか？

- その後、現在までの症状・状況の変化はどうでしたか？

- 当センターで希望されるプログラムと、理由（目的）を教えてください。

個別認知行動療法（認知行動カウンセリング外来） 集団認知行動療法（うつ病回復プログラム「しずここ」）

※ご希望に沿えない場合もあります

静岡県こころの健康センター 問診票

現在通っている医療機関についておたずねします。

- 医療機関名（紹介元）（ ） 診断（ ）
- 病名や治療、あなたの状態についてどんな説明を受けましたか？

上記以外、過去に心療内科や精神科などを受診されたことはありますか？

- | | | | | |
|------|-------|----------|-----------------------------|-----------------------------|
| 年 月～ | 年 月まで | 医療機関名（ ） | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 外来 |
| 年 月～ | 年 月まで | 医療機関名（ ） | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 外来 |
| 年 月～ | 年 月まで | 医療機関名（ ） | <input type="checkbox"/> 入院 | <input type="checkbox"/> 外来 |

現在の健康状態を教えてください。

- 身長（ ）cm
- 体重（ ）kg 以前と比べて変わらない やせた 太った
- 食欲 あり なし
- 睡眠 普通 眠れない（寝つけない 途中でさめる 早くさめすぎる） 眠りすぎる
- 便秘 よい 便秘 下痢

その他思い当たるものがあれば○で囲ってください

立ちくらみ 動悸 めまい 耳鳴り 頭痛 ゆううつ

不安 何もする気にならない 生きているのがいやだ

皆に迷惑をかけている 誰かに見られている気がする

自分のことがうわさされている 姿が見えないのに話しかける声が聞こえる

今までのかかったことのある病気・習慣についておたずねします。

- （ ）歳頃(病名：)内服中の薬が ない ある(薬剤名：)
- （ ）歳頃(病名：)内服中の薬が ない ある(薬剤名：)
- （ ）歳頃(病名：)内服中の薬が ない ある(薬剤名：)
- お薬手帳を持参されていますか？ いいえ はい→初診時にみせてください
- 常用薬があれば記入してください（ ）
- アレルギーはありますか？ ない ある（ ）
- 喫煙しますか？ いいえ はい→ 1日（ ）本を（ ）年間
禁煙されている場合：（ ）年前から禁煙
- 飲酒はしますか？ いいえ はい→（ ）

例：日本酒を1合、週2回

静岡県こころの健康センター 問診票

生活面についておたずねします。

- 出生時の様子 正常 異常（帝王切開、吸引分娩、鉗子分娩、低体重、その他（ ））
- ひきつけを起こしたことが ない ある（ ）歳頃
- 女性の方のみご記入ください 初潮（ ）歳 月経（規則的・不規則） 出産（ ）回
流産（ ）回 閉経（ ）歳
- 生まれたところ（例：東京都（ ））
- 育ったところ（例：静岡市（ ））
- 現在地には（ ）歳から住んでいる
- 結婚歴 なし あり→（ ）回 現在：婚姻中 離婚 死別
結 婚（ ）歳
離婚歴 ない ある→（ ）歳の時

学歴などについておたずねします。

- （ ） 中学校（公立・私立） 在学中（ ）年生・卒業
- （ ） 高校（公立・私立） 在学中（ ）年生・卒業・中退（ ）年時
（全日制・定時制・通信制）課程（普通・商業・工業・その他（ ）科
- （ ） 大学・短大・専門学校 在学中（ ）年生・卒業・中退（ ）年時
（ ）学部（ ）専攻学科
- その他（（ ））

お仕事についておたずねします。

- ① （ ）歳頃～（ ）歳頃まで 職業（ ） 会社名（ ）
 - ② （ ）歳頃～（ ）歳頃まで 職業（ ） 会社名（ ）
 - ③ （ ）歳頃～（ ）歳頃まで 職業（ ） 会社名（ ）
 - ④ （ ）歳頃～（ ）歳頃まで 職業（ ） 会社名（ ）
 - ⑤ （ ）歳頃～（ ）歳頃まで 職業（ ） 会社名（ ）
- 現在：（ ）歳頃～ 職業（ ） 会社名（ ） 現職中 休職中

静岡県こころの健康センター 問診票

ご家族についておたずねします。

● 今は何人で暮らしていますか () 人

① 両親・兄弟

続柄	年齢	健康状態	同居の有無	職業
例) 父	70 歳	うつ	同居・別居・離婚・音信不通・死去	会社員 営業
			同居・別居・離婚・音信不通・死去	
			同居・別居・離婚・音信不通・死去	
			同居・別居・離婚・音信不通・死去	
			同居・別居・離婚・音信不通・死去	
			同居・別居・離婚・音信不通・死去	

② 配偶者・子ども

続柄	年齢	健康状態	同居の有無	職業
例) 長男	16 歳	不登校	同居・別居・離婚・音信不通・死去	〇〇高校 2 年
			同居・別居・離婚・音信不通・死去	
			同居・別居・離婚・音信不通・死去	
			同居・別居・離婚・音信不通・死去	
			同居・別居・離婚・音信不通・死去	
			同居・別居・離婚・音信不通・死去	

血縁のご家族で心療内科・精神科などを受診されたことがある方はおられますか

いない いる (関係: _____ 病名: _____)

その他、書き足りないことがあれば、どうぞお書きください。

お疲れさまです。ご協力ありがとうございました。

記入漏れはないか (全部で 4 ページ)、最後にご確認ください。

予約した初診の日に必ずご持参ください