

心療内科 問診表

____年 ____月 ____日

これは、医師が患者さんをよりよく理解するための資料です。
診断や治療の参考にしますので、書ける範囲で御記入をお願いします。

氏名 _____ 年齢 _____

1. どういうきっかけで心療内科をお知りになりましたか。

タテ線よりこちら側には記入しないで
下さい。

2. どこが悪くて病院にいらっしゃいましたか。
いくつでもお書き下さい。

3. この症状あるいは病気はいつごろからですか。

4. それはどういう時に起こりましたか。
人間関係や環境の変化など、何か関係のあることは
ありませんか。

5. このことで今までにどのような治療を(どこで、いつごろ)
受けましたか。その治療効果はいかがでしたか。
現在もどこかで治療を受けていますか。

6. 現在飲んでいる薬があったら書いて下さい。

7. 薬の副作用を経験したことがありますか。

(はい・いいえ)

あるかたは薬剤名も記入して下さい。

8. 現在の病気以外に大きな病気やけが、事故または入院や手術、輸血をされたことがありますか。

ありましたら、その事柄と当時の年齢をお書き下さい。

緑内障といわれたことがありますか(はい・いいえ)

男性の方のみ: 前立腺肥大症といわれたことがありますか

(はい・いいえ)

9. 家族の構成とそれぞれの年齢、職業、健康状態、同居かどうかをお書き下さい。

10. 仕事の内容を具体的に書いて下さい。

最近仕事の内容や時間の使い方に変化はありましたか。

(注)生徒や学生の方は、学年、学校の科別、専攻科程
などを書いて下さい。

11. 以下の質問にお答え下さい。

・食欲 (過食・ちょうど良い・食べれば食べられる・ない)

・排尿 ____回 ____日(うち夜間____回) : 出方は(よい・悪い)

・便秘 (ふつう・便秘・下痢・下痢と便秘が交替にくる・ガスが多い)

・睡眠 (よい・悪い) 平均____時間

悪いと答えた方へ(寝つきが悪い・夜間よく目がさめる・朝早く目がさめる)

・体重 (変わらない・減ってきた・増えてきた)

・アルコールは飲みますか (はい・いいえ)(量はどれくらいですか _____)

・タバコは吸いますか (いいえ・吸っている)(____本/日を____年間)

やめた方へ(____年前に)それまでは____本/日を____年続けていた。

・生理(女性の方のみ) 初潮____才 順・不順・ない・閉経した(____才)

12. 以下の症状についてお答えください。

1. 不安 (ない・たまにある・ときどきある・しばしばある・いつもある)
2. あせり (ない・たまにある・ときどきある・しばしばある・いつもある)
3. 憂うつ (ない・たまにある・ときどきある・しばしばある・いつもある)
4. いらいら (ない・たまにある・ときどきある・しばしばある・いつもある)
5. おっくう感 (ない・たまにある・ときどきある・しばしばある・いつもある)
6. 死にたい気持ち (ない・たまにある・ときどきある・しばしばある・いつもある)

13. 主な食事内容を記入してください。

朝食(:)	昼食(:)	夕食(:)	間食

14. 現在飲んでいる栄養補助食品(サプリメント)等がありましたらご記入ください。

15. その他、お話ししたいことがありましたらお書きください。

鉄欠乏による症状アンケート

氏名：

年 月 日

症 状		ない	たまに ある	ときど きある	しばし ばある	いつも ある
1	立ちくらみ, めまい, 耳鳴りがする	0	1	2	3	4
2	注意力の低下, イライラしやすい	0	1	2	3	4
3	のどの不快感	0	1	2	3	4
4	寝起きが悪い	0	1	2	3	4
5	食欲不振	0	1	2	3	4
6	神経過敏	0	1	2	3	4
7	しっしんがしやすい	0	1	2	3	4
8	吐き気がする	0	1	2	3	4
9	体を動かすと動機や息切れがする	0	1	2	3	4
10	くしゃみ, 鼻水, 鼻づまり	0	1	2	3	4
11	疲れやすい	0	1	2	3	4
12	顔色が悪い	0	1	2	3	4
13	風邪にかかりやすい	0	1	2	3	4
14	歯茎の出血, 体のアザがよくできる	0	1	2	3	4
15	頭痛, 頭重になりやすい	0	1	2	3	4
16	洗髪時, 毛が抜けやすい	0	1	2	3	4
17	むくみがある	0	1	2	3	4
18	肩こり, 腰痛, 背部痛	0	1	2	3	4
19	便秘や下痢をしやすい	0	1	2	3	4
20	胸が痛む	0	1	2	3	4
21	まぶたのうらが白い	0	1	2	3	4
22	皮膚が青白く、または黄色っぽくなる	0	1	2	3	4
23	口角, 口唇炎, 舌のしびれと赤み	0	1	2	3	4
小計						
合計		項目				点

低血糖症に関する問診票

年 月 日 氏名

	いいえ	ややそう思う	そう思う	かなりそう思う
甘いものが食べたくてしょうがない	0	1	2	3
食事を抜かすといらいらする	0	1	2	3
食事を抜かすと疲れを感じ 決断力が低下する	0	1	2	3
突然立ち上がるとめまいがする	0	1	2	3
頭痛が頻繁に起きる	0	1	2	3
物忘れがひどいまたは 集中力に欠ける	0	1	2	3
食後1時間位たつと疲れを感じる	0	1	2	3
動悸がする	0	1	2	3
時々震えが出る	0	1	2	3
午後になると疲労を感じる	0	1	2	3
時々視界がぼやける	0	1	2	3
うつ病または気分にもらがある	0	1	2	3
体重過多	0	1	2	3
頻繁に不安あるいは 神経過敏になる	0	1	2	3
合計				

スコア:

5未満の場合、低血糖症が原因ではないと思われる。

6～15の場合、低血糖症が原因の可能性がある。

15超の場合、低血糖症の可能性が高い。

自律神経失調症状項目

年 月 日 氏名

各項目について、右の0~4の中からあてはまる番号に○をつけて下さい

症状	ない	たまに ある	ときど きある	しばし ばある	いつも ある
1. 動悸 (心臓がドキドキする)	0	1	2	3	4
2. 胸痛 (胸が痛かったり、圧迫感を感じる)	0	1	2	3	4
3. 息切れ (動くと息がハアハアする)	0	1	2	3	4
4. めまい (たちくらみ)	0	1	2	3	4
5. めまい (天井がまわる)	0	1	2	3	4
6. 倦怠感 (体がだるい、疲れやすい)	0	1	2	3	4
7. 耳鳴り (耳がキーンとなる)	0	1	2	3	4
8. 頭痛 (頭がずきずき痛む)	0	1	2	3	4
9. 頭痛 (頭がしめつけられるように痛む)	0	1	2	3	4
10. 頭重 (頭が重い)	0	1	2	3	4
11. 肩こり (肩がこる)	0	1	2	3	4
12. 頸部緊張感	0	1	2	3	4
13. しびれ感 (手足がしびれる)	0	1	2	3	4
14. 手足の冷え (手足が冷える)	0	1	2	3	4
15. 朝なかなか起きられない(ねおきが悪い)	0	1	2	3	4
16. 立っていると気分が悪くなる	0	1	2	3	4
17. 入浴時や、いやなことを見聞きすると気分が悪くなる	0	1	2	3	4
18. 午前中、調子が悪い	0	1	2	3	4
19. 顔が青白い	0	1	2	3	4
20. 腹痛 (おなかがいたくなる)	0	1	2	3	4
21. 吐き気 (むかむかする)	0	1	2	3	4
22. 食欲不振	0	1	2	3	4
23. 乗物酔い	0	1	2	3	4
24. 不眠	0	1	2	3	4
25. 発汗	0	1	2	3	4

点

消化管メディカルチェックシート

お名前: _____ 記入日: _____ 年 月 日

各症状に対して、過去3～4ヶ月間で該当する箇所に○を付けて下さい。

0 全く／減多にない 1 たまにある 4 度々ある 8 頻繁にある 症状が起きる頻度は1か月に数回程度かそれ以下。また、症状があったとしても生活に支障をきたすほどではない。 症状はストレス、食事、疲労、あるいはその他の特定できる要因と関連して発症する。 症状が1週間に2～3回ある。 症状が1週間に4回以上起こる、もしくは定期的にある。	全 く ・ 減 多 に ない	た ま に あ る	度 々 あ る	頻 繁 に あ る
セクションA (1-4軽症、5-8中程度、9-56重症)				
1 食後に胃もたれを起こしたり、食べたものが逆流(胸焼けなど)したりする	0	1	4	8
2 食後に過剰にげっぷ出る	0	1	4	8
3 食事中あるいは食後に胃や腹部の痙攣(けいれん)が生じる	0	1	4	8
4 食事中あるいは食後に胃がもたれ、不快な満腹感や腹部膨満感を感じる	0	1	4	8
5 口の中に不快な味が残る	0	1	4	8
6 少量食べただけで、満腹になる	0	1	4	8
7 食欲が無い場合、食事を抜いてしまう、食生活が不規則である	0	1	4	8
	小計①			
セクションB (1-4軽症、5-8中程度、9-71重症)				
1 食べ物のことを考えたりあるいは料理の臭いがきつかったりすると、消化管の不快症状が悪化したり、おなかが痛くなったりする時がある	0	1	4	8
2 十分な食事をしても、食後1～2時間で空腹を感じる	0	1	4	8
3 食後に腹痛あるいは胃の灼熱感(焼けるような痛み)が1～4時間続く	0	1	4	8
4 腹痛や胃の灼熱感が起きるが、それらは炭酸飲料、牛乳や乳飲料の摂取あるいは制酸剤の服用によって軽減する	0	1	4	8
5 胸の下部に焼けるような感覚を感じる(特に横になった時あるいはかがんだ時)	0	1	4	8
6 忙しかったり、ストレスを感じたりすると消化不良を生じる	(0)	No	(8)	Yes
7 辛いもの、油っぽいもの、チョコレート、コーヒー、アルコール、あるいは柑橘類を摂ると腹痛や胃のむかつきを起こす	0	1	4	8
8 食べると吐き気がする	0	1	4	8
9 食べ物や飲み物を飲み込むのが困難、あるいは喉の周辺に痛みを生じる	0	1	4	8
	小計②			

消化管メディカルチェックシート

	全く・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
セクションC (1-8軽症、9-16中程度、17-80重症)				
1 左上腹部(肋骨のすぐ下)をマッサージするとヒリヒリした痛みや圧痛を感じる	0	1	4	8
2 食後2~4時間後に膨満感、満腹感、あるいは腹部の緊張感がある	0	1	4	8
3 下腹部に不快感があるが、おならや排便後に軽減される	0	1	4	8
4 特定の食べ物や飲み物によって消化不良を起こす	0	1	4	8
5 1日のうちで便の硬さあるいは形状が変わる(例:細い、ゆるい等)	0	1	4	8
6 便が臭く大変気になる	0	1	4	8
7 便に未消化の食べ物が混ざっている	0	1	4	8
8 1日に3回以上排便がある	0	1	4	8
9 頻繁に下痢(水様便)をする	0	1	4	8
10 食べた直後(1時間以内)に排便がある	0	1	4	8
	小計③			
セクションD (1-8軽症、9-16中程度、17-72重症)				
1 大腸(下腹部)に不快感や痛み、あるいは痙攣が起きる	0	1	4	8
2 精神的ストレスあるいは生野菜や果物の摂取により、膨満感、痛みまたはおなかの張りを生じる	0	1	4	8
3 大抵便秘している(あるいはいきまないと便が出ない)	0	1	4	8
4 便の量が少なく、硬くてコロコロ便である	0	1	4	8
5 便に粘液が混じっている	0	1	4	8
6 便秘と下痢を繰り返している	0	1	4	8
7 直腸部分に一過性の痛みがおこる(時に激痛~漠然とした痛み)	0	1	4	8
8 便意を催さない	(0)	No	(8)	Yes
9 常に排便したい感じがある	(0)	No	(8)	Yes
	小計④			

総合計
(①+②+③+④)