

## 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
うつ病または気分がむらがある	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