

心療内科 問診票

◆この問診票は心療内科を受診される患者様の状況を

医師がよりよく理解するための資料です。お手数ですがご記入をお願いいたします。

◆事前に問診票の記入が無い場合、お待ちいただく時間が長くなる場合がございます。

◆当院より郵送にてお送りしました場合、問診表が表裏ございます。両面ご記入をお願いいたします。

氏名 _____ 様 年齢 _____ 才 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 当クリニックを何でお知りになりましたか。

※クリニック使用欄

2. 改善したい症状や病気をお書き下さい。

3. この症状あるいは病気はいつごろからですか。

4. それはどのような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、服用中の薬がありますか。

7. 薬の副作用を経験したことがありますか。

(はい・いいえ)

ある方は薬剤名もお書き下さい。

食べ物や季節なアレルギーがあればお書き下さい。

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、輸血をされたことはありますか。ありましたら、内容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：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ご記入下さい。
最近仕事内容や時間の使い方に変化はありましたか。
学生の方は、学年、専攻科などをお書き下さい。

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)

・便通 (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)

・飲酒 (飲まない ・ 飲む_____を_____ml/日を_____回/週)

・喫煙 (吸わない ・ 吸う_____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。

・女性の方：生理 (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下さい。

- 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. 主な食事内容をお書き下さい。

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) 等がありましたらお書き下さい。

15. その他、お話ししたいことがありましたらお書き下さい。

自律神経失調症状項目

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

記入日 年 月 日 氏名

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	(胸が痛い、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	(頭がズキズキ痛む)	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	(首が緊張している)	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	(寝起きが悪い)	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. 入浴中や、嫌な事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	(胃がムカムカする)	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

鉄欠乏による症状項目

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

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

点

低血糖症に関するチェック項目

記入日 年 月 日 氏名

症状	いいえ	やや そう思う	そう思う	かなり そう思う
1. 甘いものが食べたくてもしょうがない	0	1	2	3
2. 食事を抜かすとイライラする	0	1	2	3
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
4. 突然立ち上がるとめまいがする	0	1	2	3
5. 頭痛が頻繁に起きる	0	1	2	3
6. 物忘れがひどい、または集中力に欠ける	0	1	2	3
7. 食後1時間位経つと疲れを感じる	0	1	2	3
8. 動悸がする	0	1	2	3
9. 時々震えが出る	0	1	2	3
10. 午後になると疲労を感じる	0	1	2	3
11. 時々視界がぼやける	0	1	2	3
12. うつ病または気分がむらがある	0	1	2	3
13. 体重過多	0	1	2	3
14. 頻繁に不安、あるいは神経過敏になる	0	1	2	3
小計				

合計 点

- 5未満の場合、低血糖症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

消化管メディカルチェック項目A B

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

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・滅多にない…… | 症状が起きる頻度は1ヵ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。 | 全
く
・
滅
多
に
な
い | | | |
| 1 | たまにある…… | 症状はストレス、食事、疲労、その他の特定できる要因と関連して発症する。 | | た
ま
に
あ
る | | |
| 4 | 度々ある…… | 症状が1週間に2~3回ある。 | | | 度
々
あ
る | |
| 8 | 頻繁にある…… | 症状が1週間に4回以上起こる、もしくは定期的にある。 | | | | 頻
繁
に
あ
る |

チェック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	食欲が無いため、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

チェック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

※裏面もごさいます。

消化管メディカルチェック項目CD

- | | | | | | |
|--------------|--|---------------------------------|-----------------------|--|--|
| 0 全く・滅多にない…… | 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。 | 全
く
滅
多
に
な
い | | | |
| 1 たまにある…… | 症状はストレス、食事、疲労、その他の特定できる要因と関連して発症する。 | | た
ま
に
あ
る | | |
| 4 度々ある…… | 症状が1週間に2～3回ある。 | | 度
々
あ
る | | |
| 8 頻繁にある…… | 症状が1週間に4回以上起こる、もしくは定期的にある。 | | 頻
繁
に
あ
る | | |

チェック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	
-----	--

チェック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)
