

精神科/心療内科問診票 2枚目

氏名 _____

※以下の質問に、差し支えない範囲でご記入ください。記載が難しければ空欄のまま
で構いません。

1. 受診目的をお聞かせ下さい。あてはまる項目にチェック☑を付けて下さい。

- 今困っている症状について相談したい。
- お薬がほしい。 (お薬はできれば飲みたくない お薬は絶対に飲みたくない)
- 書類(診断書等)がほしい。
- 転院を希望している。(診療情報提供書: あり なし)
- セカンドオピニオンを受けたい。(療情報提供書: あり なし)

2. 受診された理由を教えてください。(いつ頃からどんな症状が出たか等)

3. あてはまる症状があればチェック☑を付けて下さい。

- よく眠れない 疲れやすい 体がだるい 気力がない 不安感
- 胸がドキドキする 息苦しくなる 気持ちが落ち込む 考えがまとまらない
- 集中力がなくなった よく涙がでる いらいらする 気持ちが焦りやすい
- 朝起きるのがつらくなった 元気がよすぎる
- 食欲がない 食欲が旺盛 下痢または便秘
- 頭痛 肩こり めまい 吐き気
- 物忘れする 声が聞こえる 周りからいやがらせを受けているように感じる
- 死にたい気持ちになることがある 飲酒をやめられない
- その他
(_____)

4. いままで精神科や心療内科に受診したことはありますか？

- ない
- ある
医療機関: _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月
医療機関: _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月
現在通院中→
医療機関: _____ 年 _____ 月 ~

吉澤クリニック