

記載日：

(成人用)

### 問診票

このアンケートにご記入いただいた内容を初回の予診や診察の参考にさせていただきます。  
そのため、このアンケートに記入した上で予約日にお持ちください。ご記入いただいた内容は  
いかなる場合にも厳密に管理いたします。

#### 基本情報

名前： \_\_\_\_\_ (旧姓) \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

#### 症状

相談したい症状はどのようなものですか？また、それらがいつから続いているかを記入できる  
範囲で簡単にご記入ください。

症状

いつから

**学歴** (卒業した、もしくは在籍している、在籍していた学校名をご記入ください)

\_\_\_\_\_ 小学校卒業 \_\_\_\_\_ 中学校卒業

\_\_\_\_\_ 高等学校 卒業・中退・在学中

\_\_\_\_\_ 大学 卒業・中退・在学中

不登校の時期はありましたか？ あれば時期と期間をご記入ください。

\_\_\_\_\_

最終学歴 ( \_\_\_\_\_ ) パートナーの最終学歴 ( \_\_\_\_\_ )



◇パートナーがいる場合、右記にもご回答ください。

本人

パートナー 年齢：\_\_\_\_

**職業**

・ 職歴 \_\_\_\_\_

・ 現職 \_\_\_\_\_

・ 就職活動中、転職活動中の場合、希望職種をご記入ください

\_\_\_\_\_

**現在の就業状況**

学生	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
フルタイムで就業	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
パートタイムで就業	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
主婦、主夫	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
年金、退職	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
その他	( _____ )	( _____ )

※現在休職中の場合は休職開始日をご記入ください (\_\_\_\_年\_\_月\_\_日)

**余暇** どのような興味や趣味（部活やサークルを含む）がありますか？

**子ども** お子さんの名前、性別、生年月日を記入してください：

名前                      性別                      生年月日

流産または死産を経験したことがありますか？あれば、それはいつですか？

**生活状況** 現在の生活状況についてお聞かせください。

住まい 戸建て  賃貸  その他 ( )

同居家族 \_\_\_\_人 (そのうち、子ども\_\_\_\_人)

既婚状況 独身   
既婚  \_\_\_\_年から  
夫との死別  \_\_\_\_年から  
離婚  \_\_\_\_年  
別居  \_\_\_\_年から

経済状況 生活保護を受けていますか? はい いいえ

**両親** **母親** **父親**

出生年: \_\_\_\_\_

職業: \_\_\_\_\_

両親の結婚年: \_\_\_\_\_

両親の別居または離婚年: \_\_\_\_\_

再婚年(該当する場合): \_\_\_\_\_

死亡年(該当する場合): \_\_\_\_\_

死因: \_\_\_\_\_

子供時代に親が長期間不在だったことはありますか?

- 原因: \_\_\_\_\_
- 期間: \_\_\_\_\_
- 当時のあなたの年齢: \_\_\_\_\_



## きょうだい

きょうだいはいますか？ 名前、出生年、職業を教えてください。きょうだいが亡くなっている場合は死因と亡くなった年をご記入ください。

名前                      性別                      出生年                      職業（または死因等）

## 家族の病歴について

家族や親族に重い病気や精神疾患、発達障害の人はいますか？（例：心臓病、統合失調症、うつ病、自殺、アルコール依存症、ガン、認知症など）

病名    該当する家族の人

ご自身でアルコールを飲み過ぎていると思いますか？ はい  1日の摂取量 \_\_\_\_\_  
いいえ

## 下記の薬物依存、薬物使用歴はありますか？

大麻                       覚醒剤                       シンナー                       その他 \_\_\_\_\_

自己評価で、体重が問題だと思えますか？    はい                       いいえ

もし「はい」の場合、身長と体重を記入してください    身長：                      cm    体重：                      kg

## あなたの幼少期および青年期についての情報

出生時に何か問題がありましたか？

- どのような問題ですか？

以下のような問題があなたの幼少期や青年期にありましたか？

その当時の年齢も記入してください（例：睡眠障害：2-8歳、赤面：10歳～現在まで）。

<u>問題</u>	<u>年齢</u>	<u>問題</u>	<u>年齢</u>
- 歩き始めが遅い	_____	- 夜を怖がる、悪夢	_____
- 話し始めが遅い	_____	- 家出	_____
- おむつ外れが遅い	_____	- 盗み	_____
- 睡眠障害	_____	- 嘘をつく	_____
- 食事の問題	_____	- 潔癖	_____
- 学業不振	_____	- 不安	_____
- 自傷行為	_____	- 強迫症状	_____
- 爪を噛む	_____	- 神経質、落ち着きのなさ	_____
- 抜毛	_____	- 赤面	_____
- 目立つほどよい子	_____	- 皮膚の病気	_____
- 一人で行動する	_____	- めまい	_____
- 夢遊病	_____	- 心臓の病気	_____
- 夜尿、失禁	_____	- 喘息	_____
- 胃腸の病気	_____		

その他 \_\_\_\_\_

幼少期に一時的に自宅外で生活したことがありますか？

どのくらいの期間ですか？ \_\_\_\_\_ 当時の年齢は？ \_\_\_\_\_

その時どこ/誰と住んでいましたか？ \_\_\_\_\_

### 病気と治療

これまでに心理療法または精神科の治療を受けたことがありますか？

- どこで、いつ、治療の種類などを簡単にご記入ください。



これまでに大きな病気、手術を受けたり、事故に遭ったりしたことはありますか？

以下に病気の種類、治療を受けた場所、年を記入してください。

病気の種類                      治療場所                      年

現在、身体の病気で治療を受けていますか？

病院名、診断名を記入してください。

現在服用している薬があれば薬の名前をご記入ください。

### 現在の状況

現在のあなたの状況についてどの程度満足していますか？

	全く	あまり	かなり	とても
全体的な生活状況	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
仕事の状況	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
経済的な状況	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
人間関係	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
パートナーや配偶者との関係	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
家族の状況	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
身体の状態	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
性生活	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

アンケートは以上です。ご記入ありがとうございました。

