

このメンタルクリニック問診票

令和 年 月 日

(ご高齢者患者様用)

*本日受診された主な症状、相談したい内容についてご記入ください。

*症状が始まったのはいつごろからですか？

昭和・平成・令和 ____年 ____月頃から

*「日によって」あるいは「時間帯によって」本人の状態に変化はありますか？

あり なし

*当院以外の精神科・心療内科に受診や入院された事がありますか？

あり なし

*いつ頃受診または入院されましたか？

【昭和・平成・令和 年 月 日 ～ 年 月 日】
【昭和・平成・令和 年 月 日 ～ 年 月 日】

*どちらの病院ですか？

.....病院・医院・診療所・クリニック

*本日紹介状はお持ちですか？

はい いいえ

*本日お薬手帳はお持ちですか？

はい いいえ

*現在、精神安定剤や睡眠薬などの薬を服用していますか？ 内容が分かればご記入ください。

はい いいえ

*精神科以外の病気で、服用しているお薬がありますか？ 内容が分かればご記入ください。

はい いいえ

*今まで内科などのお体の病気（糖尿病、高血圧、手術など）をしたことがありますか？

病名 _____ 歳 _____病院

病名 _____ 歳 _____病院

*食べ物やお薬のアレルギーがあればお書きください。また相性が悪かったお薬があればお書きください。

食べ物 _____ お薬 _____

*嗜好品について

たばこ ; 吸わない・吸う⇒ () 歳から 1日 () 本
アルコール; 飲まない・飲む⇒ () 歳から 何を () どのくらいの量 () / 毎日・時々

*日常生活についてお尋ねします。

○睡眠 現在の睡眠時間は () 時間程度

現在の睡眠パターンは () 時頃就寝 () 時頃起床

現在は・眠れる ・昼寝の時間が長い ・寝言が多い ・睡眠時に脚が動く (ムズムズする)

・寝付きが悪い ・途中で目が覚める ・朝早く目が覚める ・リズムが乱れる

・悪夢を見る

○食欲 ・普通 ・旺盛 ・波がある ・ない

○便秘は () 日に () 回くらい

○身長は _____ cm 体重は _____ kg → 最近 ・増えた ・減った ・分からない

*歩行についてお尋ねします。

○歩行の状態に以前と変化があればご記入ください。

*以下の項目についてお尋ねします。

○最終学歴→【中学・高校・専門学校・短大・大学・大学院】を卒業している

○職業：これまでにされたお仕事などを教えてください。

○転居歴：元々の出身地、何歳から何歳までどちらで生活していたか、思い出せる範囲でご記入ください。

○趣味/特技：好きなこと・熱中できることなどがあれば教えてください。

○元来の(症状が出現する前の)性格について教えてください。例えば気分に波のあるほうか、社交的かどうか、頑固で融通が効かないほうか等です。

