

問診票(成人用)

心療内科・内科(受診希望科に○を)

記入日: 年 月 日

記入者 本人・配偶者・母・父・その他()	
ご本人	ふりがな:
	氏名:
	(男・女)
	身長 cm
	生年月日: 年 月 日 ()歳 体重 kg
	住所: 〒 _____
	携帯電話: 固定電話: 当院の名前を出してお電話しても構いませんか (可・否) * 緊急時に連絡してもよい方 [氏名: _____ 続柄()] (電話番号: _____) 職業、勤務先等

1. どのような症状が、いつ頃からありますか？

2. 上記症状について、これまでに医療機関に行かれたことはありますか？(ない・ある)

()年()月 () 医院・病院 担当()先生
内容・結果()

3. 今までにかかった主な病気やけがをお書き下さい。

() 歳 病名:()
() 歳 病名:()
() 歳 病名:()

4. 現在常用している薬はありますか？

ない・ある(薬剤名: _____)

5. アレルギーはありますか？(ない・ある)

薬アレルギー(薬剤名: _____) 食物アレルギー(品名: _____)

上記にあげた薬・食物のうち、重症であったと思われるものを○で囲んでください。

6. タバコは吸いますか？ いいえ・はい 1日()本×()年 吸っていたが()年前にやめた

アルコールは？ いいえ・はい 種類() (1日の平均酒量: _____ ml)

7. (女性の方のみ) 最終月経開始()月()日 閉経()歳 妊娠中()ヶ月

8. さしつかえなければ同居のご家族と年齢をお書きください。 例: 母(50歳)、弟(20歳)

9. その他、医師に知らせておきたいこと・ご希望があれば記入ください。

10. 当院をどこでお知りになりましたか？

紹介(紹介元: _____) ・インターネット・携帯・その他(_____)

—ご協力ありがとうございました。なお、この内容は診療以外の目的には使用いたしません—

心療内科問診票(続き)

大人の発達障害 (ADHD, 自閉症スペクトラム障害等) を疑い、受診を希望

される場合は以下の質問にもお答えください。

1. 出生前後のことについて教えてください。

妊娠中の母体の異常・出生時の異常 ない あり ()
出生時 第 () [週・か月]、 体重 () g

2. 発達の様子を教えてください。

首がすわった () か月 一人で歩いた () 歳 () か月
パパ、ママなどの簡単な言葉を使う () 歳 () か月
1歳6か月児健診の指摘 なし・あり ()
3歳児健診の指摘 なし・あり ()

3. 就学前に通所していたところ (療育センター・保健所など) はありますか。 (ない・ある)

() 歳 から () 歳 まで ()

4. 幼児期に次のようなことはありましたか。

視線が合いにくい・言葉がなかなか増えない・独語が多い・迷子になりやすい
ひとり遊びが多い・こまのようにグルグル回る・つま先で歩く・道順や物の位置にこだわる
ミニカーなどをきれいに並べる・回転物(タイヤ等)を眺める・特定のマークやCMが好き

5. 学校生活で困ったことはありましたか

友人のこと ない・あり ()
勉強のこと ない・あり ()
その他 ()

—ご協力ありがとうございました。なお、この内容は診療以外の目的には使用いたしません—