

問診票

記載日 年 月 日

お名前	フリガナ	性別	生年月日	年 月 日
		男		
		女	年齢	歳
ご住所	〒 -			
連絡先	携帯() -		自宅() -	

1. 本日のご相談は、どんな事ですか？ 状態・症状など

[]

いつから？ 日前 週間前 月前

本日の来院は、1.自発的 2.勧められて 3.強制的

当院への紹介はありましたか？どなたから？()

2. 現在、治療中の病気はありますか？

有 ・ 無 有の方のみ具体的に[]

※特に右に表記の病気については正確に告知してください。 糖尿病・緑内障・肝炎・高血圧

3. 1年以内にかかった病気はありますか？

有 ・ 無 有の方のみ具体的に[]

4. 今までに手術したり、入院したことはありますか？

有 ・ 無 有の方のみ具体的に[]

5. 薬物アレルギー・食物アレルギーはありますか？

有 ・ 無 有の方のみ具体的に[]

6. 現在妊娠されていますか？ はい ・ いいえ

7. 喫煙歴 有 ・ 無 有の方のみ[いつから 1日 本 年間]

8. 飲酒 有 ・ 無 有の方のみ 飲酒の頻度 飲酒の量

9. 現在のお仕事は？ ①就労中 ②パート ③自営業 ④休暇中 ⑤無職 ⑥学生

①～④に○をつけられた方 勤務時間は？ 時から 時まで

職種は？

10. 本日はどなたと一緒に来院されましたか？ 単独 ・ 家族 ・ 知人 ・ その他

一緒に来院された方の連絡先 携帯() -

ストレスチェックシート

次の項目を読んで、あてはまるものがあれば○印を、時々あると思われるものがあれば△印を記入してください。

○印=2点

△印=1点

		/	/	/	/
1	よく風邪をひくし、治りにくい。				
2	痛み(頭痛・背中痛・腰痛)がおこる。				
3	肩が凝りやすい。				
4	後頭部がつまった感じで頭がスッキリしない。				
5	能率が悪くなり、判断がつきにくい。				
6	手足が冷たいことが多い。				
7	手のひらや、脇の下に汗が出るが多い。				
8	手が震える。				
9	体がほてる。				
10	急に息苦しくなることがある。				
11	動悸を打つことがある。				
12	目がよく疲れる。				
13	めまい、立ちくらみがある。				
14	耳鳴りがすることがある。				
15	音に敏感。				
16	意味がないことは判っているが、同じことを何度も繰り返す。				
17	観衆の前で何か行為をしたり話したりする事が苦痛になったり、避けたりする。				
18	好きなものをあまり食べる気がしない。				
19	食事をしても味がしない。				
20	いつも食べ物が胃にもたれた気がする。				
21	吐き気がしたり、胃が痛んだりする。				
22	腹が張ったり、下痢をしたりする。				
23	口が渇いたり、口の中がネバネバしたりする。				
24	この頃体重が減った。				
25	何かするとすぐ疲れる。				
26	寝付きが悪い。				
27	夜中目が覚めたり、朝早くに目が覚めたりする。				
28	夢を見るが多い。				
29	疲れが残り、朝気持ちよく起きれない。				
30	いつも眠い。				
31	仕事をする気がおこらない。				
32	いつも仕事に追われている感じがある。				
33	休日はぐったりしている。				
34	家族でもゆっくりくつろげない。				
35	人と会うのが億劫になった。				
36	人と会うとイライラしたり、腹が立ったりし易い。				
37	妻(夫)や家族にあたるが多い。				
38	身だしなみを整えるのが面倒になった。				
39	自分が弱くなった感じ。				
40	気持ちが晴れない。				
	合 計				