

精神神経科問診票

氏名 _____

今日はどのような症状がありますか（複数ある方は複数☑してください）。

- | | | | |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 不眠 | ☐ 不安 | ☐ 緊張する | ☐ 気分がめいる |
| ☐ 家庭の悩み | ☐ 職場の悩み | ☐ 学校の悩み | ☐ 食欲異常 |
| ☐ 動悸 | ☐ 身体症状がある | ☐ 死にたくなる | ☐ 息苦しさ |
| ☐ 体重が減る | ☐ 身体が動かない | ☐ やる気が出ない | ☐ 集中力低下 |
| ☐ 人が怖い | ☐ 幻聴・幻覚 | ☐ 身体が勝手に動く | ☐ 手に汗をかく |
| ☐ 他の医療機関から受診するように勧められた（健診を含む） | | | |
| ☐ その他 | | | |

症状はどのような性質を持っていますか。

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ 絶え間なく、続いている | ☐ 徐々にひどくなっている |
| ☐ 消えたりしている | ☐ その他 |

この症状はいつからありますか。

年 月 日 午前・午後 時 分頃から

現在、その症状はよくなっていますか。

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ よくなっている | ☐ 悪くなっている |
|----------------------------------|----------------------------------|

診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

- | |
|--|
| ☐ あらかじめ、医療費の概算を教えてください。 |
| ☐ 通訳がある場合は、通訳付けてほしい。 |
| ☐ その他 |