

## 問診票

### 1. どのような症状でお困りですか

当てはまる項目に□してください

- |   |                                    |                                     |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> すぐに疲れる                   | <input type="checkbox"/> 何をするにも面倒  | <input type="checkbox"/> 寝た気がしない    |
| <input type="checkbox"/> 力が入りにくい                  | <input type="checkbox"/> 何となく気分が沈む | <input type="checkbox"/> すぐ横になりたくなる |
| <input type="checkbox"/> 落ち着かない                   | <input type="checkbox"/> 音に過敏になった  | <input type="checkbox"/> 光に過敏になった   |
| <input type="checkbox"/> 集中力が続かない                 | <input type="checkbox"/> めまい       | <input type="checkbox"/> 頭痛         |
| <input type="checkbox"/> 筋肉痛(特に )                 | <input type="checkbox"/> 関節痛(特に )  |                                     |
| <input type="checkbox"/> 微熱 ( ) °Cが( )日以上、最大( )°C |                                    |                                     |
| <input type="checkbox"/> その他症状がありましたら具体的に入力してください |                                    |                                     |

[ ]

### 2. 症状が出現する前後できっかけとなる出来事はありますか

- ある  ない

「ある」場合、きっかけとなる項目に□してください

- 感染症
- 人間関係(仕事)
- 人間関係(家庭)
- 人間関係(交友)
- 業務量の増加
- 業務内容の変更
- 転勤・異動・昇進
- 引っ越しなど住居環境の変化
- 家族の介護
- 結婚・出産
- その他 ( )

### 3. いつ症状が出たか、どこの病院の何科を受診したか、症状はどのように推移したか、症状の変化の原因など、 症状が始まってからの経過を 1 万字以内でできるだけ詳しく教えてください。

例) 2021 年 4 月ごろから寝つきにくくなり、2021 年 7 月〇〇病院の睡眠外来受診。その後 2021 年 10 月ごろから体が重だるくなってきた。〇〇病院の内科で検査し、〇〇の薬で一時よくなったが、2021 年 12 月ごろに会社の上司からパワハラを受け症状が悪化した。など

[ ]

4. 症状が出現したのはいつごろからですか 例) □□□□年□□月ごろ

[ ]

5. 現在の活動状況についてお伺いします

- 家事や仕事などは問題なくできる
- 家事や仕事は休憩しながら、なんとかできている
- 半日程度横になっている日が週に数日以上ある
- 1日中横になっている日が週に数日以上ある

6. 食事についてお伺いします。

①食欲はありますか

- 普通
- 落ちたが食事は摂れている
- 食事量が減っている
- 食欲が増した

②体重の変化はありますか

- 変化なし
- 減っている (      ケ月で      kg)
- 増えている (      ケ月で      kg)

7. 睡眠状況についてお伺いします。

①当てはまる項目に☑してください

- 眠薬を服用して寝ている
- 寝つきにくい
- 夜中に何度も目が覚める
- 特に問題ない

②寝起きの状態を教えてください。

- 比較的スッキリ起きる
- なかなか目が覚めない
- 疲れが取れていない

③朝目が覚めてから動き出すまでにかかる時間はどれくらいですか

- すぐ
- 数分
- 数十分
- 数時間

④午前中がしんどい、午後がしんどいなど、1日のうちで変動はありますか

- いいえ
- はい (□午前、□午後)

8. 今までに診断を受けたことがありますか (現在、治療中のものも含む)

- ない
- ある

「ある」場合、当てはまる項目に☑してください

- 高血圧
- 脂質異常症
- 糖尿病
- 癌 (      ) 癌
- 心臓病
- 脳梗塞
- 胃潰瘍
- 貧血
- その他 (      )

9. 現在通院している病院はありますか

- ない       ある

「ある」場合、いつから、どこの医療機関に通院しているかを入力してください

例) □□□□年□□月～ 医療機関名( )

{ } { }

10. お薬についてお聞きします。

①現在病院で処方されて飲んでいるお薬はありますか

- ない       ある

「ある」場合、何の薬を飲んでいますか。お薬の名前を入力してください

{ } { }

②現在市販の薬を飲んでいますか

- いいえ       はい

「はい」の場合、薬の名前を入力してください

{ } { }

③定期的にサプリメントを飲んでいますか

- いいえ       はい

「はい」の場合、サプリメントの名前を入力してください

{ } { }

11. アレルギーはありますか

- いいえ       はい ( )

12. お酒を飲みますか

- 飲まない       飲む

飲むと答えた方にお伺いします。1日どれぐらいの量を飲みますか 例) 日本酒 2合

{ } { }

13. ご家族についてお伺いします。差支えのない範囲でお答えください

①ご家族で病気をしている方はいますか。または、過去病気を患っていた方はいますか。

- いいえ       はい

「はい」の場合、病名を入力してください

父：

母：

兄弟・姉妹：

祖父・祖母：

②現在同居している人を教えてください

