

患者氏名：

患者 ID：

Medical Questionnaire (Psychiatry)/精神科 問診票

Please check the appropriate boxes./ あてはまるものにチェックしてください。

Patient name/ 患者氏名		Date/ 日付	year	month	day
			/ 年	/ 月	/ 日
Date of birth/ 生年月日	year/ 年	month/ 月	day/ 日	Sex/ 性別	<input type="checkbox"/> Male/ 男 <input type="checkbox"/> Female/ 女
Height and weight/ 身長・体重	cm	kg	Age/ 年齢	years old/ 歳	
Language/ 言語			Nationality/ 国籍		

Living condition/ 生活状況

- With family member(s) who require nursing care/ 介護しなければならない家族がいる
 Have young children/ 幼い子どもがいる
 Aged household/ 高齢者世帯
 Living alone/ 独居
 Single parent/ 母子家庭
 Other/ その他()

Employment/ 職業

- Full-time/ 常勤雇用
 Part-time/ パートタイム
 Self-employed/ 自営業
 Retired/ 退職
 Unemployed/ 無職

What brought you here today?/ どうしましたか？

- Insomnia/ 眠れない
 Lethargic/ 元気がない
 Hyperactive/ 元気が良すぎる
 Anxiety or panic attacks/ 不安やパニック発作
 Depression/ うつ気分
 Hearing voices when nobody else is present/ 周りに人がいないのに声が聞こえる
 Suicide idea/ 死にたい
 Feeling of being watched/ 人に見られている気がする
 Violent/ 暴力をふるう
 More talkative than usual/ いつもよりよくしゃべる
 Excitable/ 興奮しやすい
 Loss of consciousness/ 意識がなくなる
 Other/ その他()

When did the symptoms start?/ それはいつからですか？

Since approximately: _____ year/ 年 _____ month/ 月 _____ day/ 日ごろから

What is the purpose of your visit today?/ 本日の受診の目的は何ですか？

- Diagnosis/ 診断
 Treatment/ 治療
 Admission to hospital/ 入院
 Referral/ 紹介
 To obtain a medical certificate/ 診断書
 Second opinion/ セカンドオピニオン
 Other/ その他()

Have you ever been diagnosed with any of the diseases listed below?/ 今まで以下の病気と診断されたことがありますか？

- Dementia/ 認知症
 Alcohol or drug dependence/ アルコールや薬物依存
 Depression/ うつ病
 Mania/ 躁病
 Manic-depressive disorder/ 躁うつ病
 Panic disorder/ パニック
 Anxiety disorder/ 不眠症
 Personality disorder/ パーソナリティ障害
 Developmental disorder/ 発達障害
 Epilepsy/ てんかん
 Schizophrenia/ 統合失調症
 Mental retardation/ 精神遅滞
 Attention deficit hyperactivity disorder/ 注意欠陥（欠如）多動性障害
 Other/ その他()

Are you currently undergoing treatment for any diseases?/ 現在治療している病気はありますか？

- Yes/ はい(Disease/ 病名: _____)
 No/ いいえ

*Please fill in the reverse side of the all pages as well, where necessary./ ※裏面もご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

Are you allergic to any foods or medications?/ 薬や食べ物でアレルギーがでますか？

- Yes/ はい → Medication/ 薬 Food/ 食べ物 Other/ その他()
- No/ いいえ

Are you currently taking any medications?/ 現在飲んでいる薬はありますか？

- Yes/ はい → Please show us the medications if you have them with you./ 持っていれば見せてください
- No/ いいえ

Have you previously had any of the diseases listed below?/ 今までにかかった病気はありますか？

- Gastrointestinal disease/ 胃腸の病気 Liver disease/ 肝臓の病気 Heart disease/ 心臓の病気
- Kidney disease/ 腎臓の病気 Respiratory disease/ 呼吸器の病気 Blood disease/ 血液の病気
- Brain / neurological disease/ 脳・神経系の病気 Cancer/ 癌
- Thyroid gland disease/ 甲状腺の病気 Diabetes/ 糖尿病 Other/ その他()

How old were you when you became ill?/ それは何歳の時ですか？

Age: ____ (years old)/ 歳

Do you smoke?/ たばこを吸いますか？

- Yes/ 吸う → Current amount/ 現在: ____cigarettes/day/ 本/日 Duration/ 喫煙歴: __years/年
- No, but I used to./ 以前吸っていた → Previous amount/ 過去: ____cigarettes/day/ 本/日 Duration/ 喫煙歴: __years/年
- No/ 吸わない

Do you drink alcohol?/ お酒を飲みますか？

- Yes/ はい → _____mL/day/ ml/日 No/ いいえ

Have you ever had any surgery?/ 手術を受けたことがありますか？

- Yes/ はい No/ いいえ

When was the surgery?/ いつごろですか？

Approximately: _____year/ 年____month/ 月 (type of surgery/ 手術名:_____)

Have you ever undergone anesthesia?/ 麻酔を受けたことがありますか？

- Yes/ はい → General anesthesia/ 全身麻酔 Local anesthesia/ 局所麻酔
- No/ いいえ

Did you have any problems related to the anesthesia?/ 麻酔をして何かトラブルがありましたか？

- Yes/ はい No/ いいえ

Have you ever had a blood transfusion?/ 輸血を受けたことがありますか？

- Yes/ はい No/ いいえ

Did you have any problems related to a blood transfusion?/ 輸血をして何かトラブルがありましたか？

- Yes/ はい No/ いいえ

Is there a possibility that you are pregnant?/ 妊娠していますか、またその可能性はありますか？

- Yes/ はい → ____months pregnant/ ヶ月 I do not know/ わからない No/ いいえ

Are you breastfeeding?/ 授乳中ですか？

- Yes/ はい No/ いいえ

Will you be able to bring an interpreter with you in the future?/ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか？

- Yes/ はい No/ いいえ