

# SDS

No.

氏名

次の質問を読んで、現在あなたの状態にもっともよくあてはまると思われる欄に○印をつけて下さい。

すべての質問にお答えください。

|     |                             | ないか<br>たまに            | ときどき                  | かなりの<br>あいだ           | ほとんど<br>いつも           |
|-----|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.  | 気が沈んで憂うつだ                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.  | 朝がたは いちばん気分がよい              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.  | 泣いたり、泣きたくなる                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.  | 夜よく眠れない                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.  | 食欲はふつうだ                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.  | まだ性欲がある（独身者の場合＝異性に対する関心がある） | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.  | やせてきたことに 気がつく               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8.  | 便秘している                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9.  | ふだんよりも 動悸がする                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. | 何となく疲れる                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. | 気持ちは いつもさっぱりしている            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. | いつもとかわりなく 仕事をやれる            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. | 落ち着かず、じっとしてられない             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. | 将来に 希望がある                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. | いつもより いらいらする                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. | たやすく 決断できる                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. | 役にたつ、働ける人間だと思う              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. | 生活は かなり充実している               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. | 自分が死んだほうが 他のものは楽に暮らせると思う    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. | 日頃していることに 満足している            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

# 問診票

当クリニックにはじめてお越しの方には、問診票をご記入いただいております。

ご記入いただいた個人情報につきましては、診療の目的以外で使用することはありません。

フリガナ

記入日 年 月 日

氏名

< 同伴者 なし / あり (どなたと ) >

いつから、どんなときに、どのような症状がありますか？具体的にご記入ください。

いつから

どんなときに

どのような症状 < 記入例：眠れない、気分の滅入り、不安になる、イライラする、頭痛…など >

①

②

③

④

⑤

症状の原因や誘因について、思い当たることがあれば記入してください。

< 家庭、学校、職場など。生活環境や人間関係のストレスについても心当たりはありますか？ >

これまでに心療内科・精神科・神経科を受診したことがありますか？

ない / ある < 紹介状をお持ちの方は受付にご提出ください >

① 年 月から 年 月 どこに

② 年 月から 年 月 どこに

**これまでわずらったことのある身体的な病気はありますか？**

ない / ある < 治療済み・現在治療中 >

①病名 \_\_\_\_\_ 歳 医療機関名 \_\_\_\_\_

②病名 \_\_\_\_\_ 歳 医療機関名 \_\_\_\_\_

**心臓疾患や健診などで心電図異常を指摘されたことがありますか？**

ない / ある < 治療済み・現在治療中 >

①病名 \_\_\_\_\_ 歳 医療機関名 \_\_\_\_\_

**現在服薬中の薬はありますか？ < お薬手帳をお持ちの方は記入不要です >**

ない / ある < 薬剤名： \_\_\_\_\_ >

**現在の状況について記入、または該当するものに○をつけてください。**

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg < やせた / 変わらない / 太った >

食事 \_\_\_\_\_ 回/日 食欲 あり / なし

飲酒習慣 なし / あり < 何を \_\_\_\_\_ どのくらい \_\_\_\_\_ /日 >

喫煙習慣 なし / あり < \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ どのくらい \_\_\_\_\_ 本/日 >

アレルギー なし / あり < どのようなアレルギーですか？ \_\_\_\_\_ >

月経 (女性のみ) 順調 / 不順 / 停止中 / 妊娠中

月経前にひどくイライラする、落ち込むなどの精神症状はありますか？ いいえ / はい

**最近の睡眠状況についてお聞きします。**

就寝時間 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 起床時間 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

睡眠状況 < 不眠・寝つきが悪い・途中で目が覚める・朝早く目が覚める・朝起きられない >

**ご本人やご家族の状況についてお聞きします。**

ご結婚されていますか？ 既婚 / 未婚

ご兄弟はいますか？ いる < \_\_\_\_\_ 人中 \_\_\_\_\_ 番目 > / いない

現在どなたとお暮らしですか？ < \_\_\_\_\_ >

ご家族・ご親戚の中で、心療内科や精神科を受診された方はいらっしゃいますか？

いない / いる

(関係： \_\_\_\_\_) が (病名： \_\_\_\_\_) で、通院していた / 通院中

(関係： \_\_\_\_\_) が (病名： \_\_\_\_\_) で、通院していた / 通院中

最終学歴と職歴についてお聞きします。

|      |     |      |      |     |
|------|-----|------|------|-----|
| 最終学歴 | <   |      | >    | 卒業  |
| 職歴   | 現在  | <職種: | >を、< | >年目 |
|      | 過去① | <職種: | >を、< | >年間 |
|      | 過去② | <職種: | >を、< | >年間 |
|      | 過去③ | <職種: | >を、< | >年間 |

下記項目をお読みいただき、ご了承いただけましたら  に  をお願いいたします。

当院は完全予約制になります。

混雑を解消する為予約制を設けておりますが、診察の状況によっては予約時間通り診察できない場合もございます。予めご了承下さい。予約のキャンセルや変更につきましては、必ず事前にご連絡をお願い致します。

暴言、暴力、威圧的行為などから、他患者及び当院診療業務に影響を与えていると判断した場合、当院での診療を拒否させていただく場合がございます。

提携駐車場はございません。近隣のコインパーキングで自己負担となります。

月初めで保険証をお忘れの場合は一旦自費となります。後日、保険証確認後に差額を返金いたします。

患者様の情報を文書にて提供する際、保険適用外（産業医に対する情報提供など）の場合は自費になりますので事前に了承下さい。

当院の書式以外の診断書やその他の書類は作成に2週間ほどお時間を頂いております。予めご了承下さい。

初診の方は、お待ち時間と診察を含め約1時間半から2時間ほどお時間を頂いております。体調が悪い方はご遠慮なく受付までお声かけ下さい。

個人情報の取り扱いについて〈次のページ〉をご確認お願い致します。

## ＜当院の個人情報保護指針＞

- 当院は個人情報保護法に準拠し、個人情報を保護するためにしくみをつくりその実践につとめ、個人情報保護活動を行います。
- 当院は個人情報の収集、利用及び提供にあたっては、安全で適切な取り扱いを遵守します。
- 当院は個人情報を正確かつ最新の状態に保ち、不正なアクセス、紛失、破壊、改ざん及び漏洩等の防止に万全を期します。
- 当院は、患者様に診療の目的。内容を十分説明して、納得を得て治療することを基本理念に、患者様の情報は、患者様へ開示することを原則とします。
- 当院は個人情報を適切に保護するためのしくみが、効果的に実施されるよう、継続的に改善します。

**＜当院の個人情報の利用目的＞ 当院では、患者様の個人情報を下記の目的のみに利用し、その取扱いには万全の体制で取り組んでいます。**

### ●医療提供

- ・当院での医療サービスの提供・他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- ・他の医療機関等からの照会への回答・患者さんの診療のため、外部の医師等の意見、助言を求める場合
- ・検体検査業務の委託その他の業務委託
- ・ご家族等への病状説明
- ・その他、患者さんの医療提供に関する利用

### ●診療費請求のための事務

- ・当院での医療・介護・労災保険、公費負担医療に関する事務およびその委託
- ・審査支払機関へのレセプトの提出
- ・審査支払機関または保険者からの照会への回答
- ・公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、紹介への回答
- ・その他、医療・介護・労災保険、および公費負担医療に関する診療費請求のための利用

### ●当院の管理運営業務

- ・会計・経理
- ・医療事故等の報告
- ・当該患者さんの医療サービスの向上
- ・その他、当院の管理運営業務に関する利用

### ●企業等から委託を受けて行う健康診断等における、企業等へのその結果の通知

### ●医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談または届出等

### ●医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

### ●当院内において行われる医療実習への協力

### ●医療の質の向上を目的とした当院内での症例研究

### ●外部監査機関への情報提供