

問診票

こちらの問診票は受診されるご本人様が記入してください。本人記入が身体的理由により困難な場合はご家族が記入するようにお願いいたします。

【経過記録】に関してはできる限り詳しくご記入ください。「研究参加用診察申込書」、「臨床研究参加条件確認書」と一緒に問診票を FAX していただきますが、【経過記録】をもう少し詳しく教えていただきたい場合は再度記入しなおしていただくことがございます。ご了承ください。

<主な症状>

当てはまるものすべてにをつけてください

- | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 易疲労感 | <input type="checkbox"/> 何をするにも面倒 | <input type="checkbox"/> 睡眠障害 |
| <input type="checkbox"/> 筋力低下 | <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 ()℃が()日以上、最大()℃ | | |
| <input type="checkbox"/> その他の症状がありましたら具体的に記入してください | | |

<症状の経過>

・何かしらの症状が出現した時期：（西暦）_____年__月ごろ、もしくは_____年くらい前

・症状が出現する前後でのきっかけとなる出来事（どれかひとつにしてください）

- 有 無 不明

「有」と答えた場合、そのきっかけとは何ですか？当てはまる物すべてにをつけてください

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

・【経過記録】

症状が発現する前の体調も教えてください。幼少期の体調など。

発症直後の症状やその後どのような症状がいつごろ出現したのか。どの病院を受診したのか、その病院でどのような検査を行い、何と診断されたのか。どのような薬、治療を行い結果症状がどうなったのか。症状はどのように変化していったのかなど、できるだけ詳しく、時系列で記入するようにお願いいたします。

経過記録は（別紙 1）に記入するようにお願いいたします。足りない場合は別紙 1 を複数枚コピーし、記入してください。

以下例)

年月日	当時の状況・症状	受診した病院	検査	診断	処方
学生時代	健康で特に他人と差異無し				
1999.4	部署異動で忙殺されるように 勤務時間は7:30~22:00				
2000.1	不眠出現				
2000.4	徐々に日中の眠気で仕事に支障出現	〇〇病院睡眠外来	なし	過労	
2001年ごろ	倦怠感・微熱出現	△△病院内科	採血異常 なし	不明	
2001.9	週に1日程度起床困難のため欠勤する ようになった				
2002.1	死にたい気持ちが出現	××心療内科	なし		
2002.1.11	休職開始				

など

<既往歴>

今までにかかった疾患がありましたら記入してください。

()

<通院歴>

・現在通院中の病院

西暦_____年___月～ 病院名(_____) 診断名(_____)

西暦_____年___月～ 病院名(_____) 診断名(_____)

西暦_____年___月～ 病院名(_____) 診断名(_____)

西暦_____年___月～ 病院名(_____) 診断名(_____)

西暦_____年___月～ 病院名(_____) 診断名(_____)

・処方薬の有無(他院処方含む) どちらかひとつに☑してください: 有 無

「有」の場合、処方薬を記載してください。

()

<個人歴>

・肺炎、肝炎、脳炎、結核などの感染症罹患の有無(母子感染含む): 有 無

「有」の場合、罹患した感染症とその時期

()

・睡眠状況

就寝時間： _____ 時 _____ 分ごろ ～ 起床時間： _____ 時 _____ 分ごろ

寝つき： 良好 不良 睡眠薬服用で良好 睡眠薬服用で不良

中途覚醒： _____ 回

早朝覚醒： 有 無

・現在の活動状況（どれかひとつに☑してください）

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

・食事状況

①食欲（どれかひとつに☑してください）

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（どれかひとつに☑してください）

変化なし 減っている 増えている

・飲酒（どちらかひとつに☑してください）。また「飲む」と答えた方は、その頻度も☑してください。

飲まない

飲む → 時々 1～2回/週 3～4回/週 ほぼ毎日

・喫煙（どちらかひとつに☑してください）。また「する」と答えた方は、一日の本数も記入してください

しない（やめた場合はやめられた時期： _____ 年 _____ ヶ月前）

する → _____ 本/日

問診票は以上になります。

記入後は紹介先の医療機関にこの用紙と経過記録の用紙をお渡しください。お疲れ様でした。

