## Psychiatry Questionnaire/精神科 問診票

Name of patient					BT=	°C
/患者氏名  Date of birth  /生年月日(西暦)	Year/年 Month/月 ( Years old/歳)		Day/日	For staff only /医療機関記入欄	PR= BP= RR= SPO2=	/分 mmHg /分 %
Height/Weight/身長・体重		cm kg		Sex/性別	□ Male/男性	□ Female/女性
Allergies	☐ Food(s)	/食べ物:				
/アレルギーの有無	☐ Medici	ne/薬:				
What is the problem today? (C /今日はどのような症状があ	110/	る方は複数☑して	ください。	)		
□ Insomnia/不眠 □ A	nxiety/不安 🗆	Nervous/緊張する	ロ Feel de /気分が		energy る気が出ない	Lowered concentration /集中力低下
	oblem at work 戦場の悩み   □	Problem with school /学校の悩み	□ Abnorn /食欲昇		of other people が怖い	Auditory hallucination /幻聴・幻覚
□ Palpitation/動悸 □ Ha	ve physical symptoms 体の症状がある	I feel like I want to die. /死にたくなる	□ Difficulty /息苦し	y breathing ロ Swea	t in the hands ニ汗をかく	The body moves spontaneously /身体が勝手に動く
	nnot move the body }体がうごかない					
☐ I was advised by another clinic	/hospital (or at a regular c	heck-up) to come here.,	/他の医療機関	から受診するように勧	められた(健診含む	·)
ロ Other(s) /その他:						
What is the symptom like? /症状はどのような性質を持っ	っていますか。					
□ Constant/絶え間なく、続い	ている ロ	The symptom is gradua	lly worsening./	徐々にひどくなってき	ている	
□ The symptom comes and goes 消えたりしている	/症状が出たり □	Other(s)/その他:				
When did the symptom start? /この症状はいつからありま						
Yea	r/年 Month/)	月 Day/日	From about	: 8	ım/pm	
			午前・午後	<b>時</b> :	分ごろから	
Is your symptom improving? /現在、その症状はよくなっ	ていますか。					
□ The symptom is getting better. /よくなってきている		The symptom is getting	g worse./悪くた	いってきている		
Are you currently on any med /現在、飲んでいる薬はあり		amin and nutrition ン、栄養剤、サブ				
□ No/いいえ □ Yes/はい		nedication or a medicin は「お薬手帳」を持っ				
Name of medications /お薬の名前	How to take or us /飲み方	e your medication ・使い方	Na	me of medications /お薬の名前	How to take or use /飲み方・	
①			6			
2			7			

	/ の来、もしては「の来す板」を行うている方は、元ピてください。							
	Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方		Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方			
1			6					
2			7					
3			8					
4			9					
5			10					

Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past? /現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?

□ No/いいえ	□ Yes/はい	If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment
_ No/ U·U·∕_	□ I cs/ lat.	/「はい」に匂した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

·	Name of disease e the number from the following list) 患名(下記リスト番号可)	Treatment progress /治療経過		Hospital name /医療機関名
		□ Recovered/治癒	□ Under treatment/現在治療中	
		□ Withdrawal of treatment/治療中断	□ Untreated/未治療	
		□ Recovered/治癒	□ Under treatment/現在治療中	
		□ Withdrawal of treatment/治療中断	□ Untreated/未治療	
		□ Recovered/治癒	□ Under treatment/現在治療中	
		□ Withdrawal of treatment/治療中断	□ Untreated/未治療	
		□ Recovered/治癒	□ Under treatment/現在治療中	
		□ Withdrawal of treatment/治療中断	□ Untreated/未治療	

## <List of diseases/疾患リスト>

	System of disease /疾患の系統	Disease names /疾患名					
1	Digestive disease /消化器系の疾患	a. Peptic ulcer /消化器潰瘍	b. Hepatitis/肝炎	c. Hepatic cirrhosis /肝硬変	d. Others/その他		
2	Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Hypertension/高血圧	b. Angina pectoris/myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞	c. Arrhythmia/不整脈	d. Heart failure/心不全	e. Others/その他	
3	Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Asthma/喘息	b. Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患	c. Pneumonia /肺炎	d. Pulmonary tuberculosis /肺結核	e. Others/その他	
4	Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Chronic renal failure /慢性腎不全	b. Renal/urinary stone /腎・尿管結石	c. Urinary tract infection /尿路感染症	d. Others/その他		
5	Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Cerebral infarction /脳梗塞	b. Cerebral hemorrhage /脳出血	c. Epilepsy/てんかん	d. Others/その他		
6	Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Diabetes mellitus /糖尿病	b. Hyperlipidemia /高脂血症	c. Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害	d. Hyperuricemia /高尿酸血症	e. Others/その他	
(7)	Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. Rheumatoid arthritis /関節リウマチ	b. Osteoporosis /骨粗鬆症	c. Osteoarthritis /変形性膝関節症	d. Herniated intervertebral discs/椎間板ヘルニア	e. Gout/痛風	
W)		f. Others/その他					
8	Obstetrics and gynecology disease/産婦人科の疾患	a. Uterine fibroids /子宮筋腫	b. Dysmenorrhea /月経困難症	c. Infertility/不妊症	d. Others/その他		
9	Eye disease /眼の疾患	a. Cataract/白内障	b. Glaucoma/緑内障	c. Retinopathy/網膜症	d. Others/その他		
10	Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Stomach cancer/胃がん	b. Colon cancer/大腸がん	c. Liver/gallbladder /pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓が ん	d. Breast cancer/乳がん	e. Uterine cancer/子宮がん	
		f. Lung cancer/肺癌	g. Others/その他				
11)	Mental disease /精神の疾患	a. Depression/うつ病	b. Schizophrenia /統合失調症	c. Others/その他			
12	ENT disease /耳鼻科の疾患	a. Impaired hearing /難聴	b. Dizziness/めまい	c. Ear noise/耳鳴	d. Pollen allergy/花粉症	e. Others/その他	
13	Blood disease /血液の疾患	a. Anemia/貧血	b. Leukemia/白血病	c. Others/その他			
14)	Skin disease /皮膚の疾患	a. Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎	b. Tinea (athlete's foot) /白癬症(水虫)	c. Others/その他			

□ No/いいえ	□ Yes/はい		s", write the history of y :方は下に手術歴を書い				
Disease names /疾患名		Name of your surgery /手術名		When you had the surgery /手術をした時期		Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関	
, , , ,		, .		, , , , , , ,		, , , , , ,	
		t date of the surgery, writ は「年齢」、「手術し					
o you smoke re	aularly?						
	guiarry: ぱこを吸いますが	<b>ኮ</b> ?					
□ No/いいえ	□ Yes/はい [	□ Used to smoke/以前吸	っていた				
	Cigarette cor	nsumption/喫煙量	Duration of smoki	ing/喫煙期間		you stopped smoking 煙をやめた年	
		cigarettes/Day 本/日		_Year/年	Y	/ear/年Month/月	
		smoking habit, leave a bl				-	
		けている方は、喫煙をや	めた年は空欄のままに	しておいてください	' o		
o you drink reg 習慣的にお酒を							
□ No/いいえ	□ Yes/はい	☐ Used to drink regu	ılarly/以前飲酒する習慣	があった。			
	□ Beer/ビール	,	<u>ml</u> /Day/日	□ Whisky/ウィ			
	☐ Japanese sak		<u>ml</u> /Day/日	□ Wine/ワイン		ml /Day/日	
	□ Other(s)/その	の他	ml /Day/日				
		elow. Are you pregna 、妊娠していますか					
No/いいえ	□ Yes/はい	□ Do not know/われ		(0) 7 A 7 N · :			
		Bo not know, 47%					
re you breastfe 現在、授乳中で							
□ No/いいえ	□ Yes/はい						
		cerning the consultati 、夕をしてください。					
		v estimated medical expens		め、医療費の概算を	教えてほしい。		
	) )他:	-					