

問診表（アルコール量低減外来）

—診察前に下記事項をお読みの上ご記入ください—

村井病院(以下、当院)のアルコール量低減外来で実施している問診表は、あなたの状況を十分に把握してあなたの治療に役立てるため、一般的な問診表よりも質問項目が多く設定されています。難しい、よくわからない、とお感じになった項目は空欄のまま結構です。

I.基本情報

ふりがな
氏名： _____ 本人との関係 _____ 性別： 男 女

ふりがな
現住所：〒 _____ 生年月日： 年 月 日(歳)

1. 今回の受診は、どなたの意向によるものですか？

自分から 家族に言われて その他()

2. お困りの症状、あるいは状況はどのようなものですか、できるだけ詳しくご記入ください。

3. 上記2.はいつ頃からですか()年()月から / もしくは()歳頃から

4. 上記2.の症状や状況について、現在までにどのような変化がありましたか？

5. 症状や状況が悪化するきっかけとなるストレスや出来事をご記入ください。

6. これまで病院(あるいはクリニック)で治療を受けたことのある方は、何歳頃に、なんという名前の病院(あるいはクリニック)に通院(入院)したことがあるか、すべて書き出してください。

() 歳頃に () (病院 クリニック) で 通院 入院していた
() 歳頃に () (病院 クリニック) で 通院 入院していた
() 歳頃に () (病院 クリニック) で 通院 入院していた
() 歳頃に () (病院 クリニック) で 通院 入院していた
() 歳頃に () (病院 クリニック) で 通院 入院していた

II. コミュニティ関連情報

1. ご家族についてお伺いします。

ご両親は父が () 歳で健在・死去 母が () 歳で健在・死去 (死去の理由:)
ご両親の離婚歴 なし あり
兄弟姉妹 なし あり(あなたは 人中 番目)
ご自身の結婚 未婚 既婚() 歳 離婚() 歳 再婚() 歳
子ども なし あり(例 男 12 歳 女 5 歳:)
現在同居家族 なし あり(例 父、母、兄 :)

2. 血縁家族に精神的な病気のある方はおられますか? それはどんな病気ですか?

III. 生活情報

1. 最終学歴

中学校 高校 専門学校 短期大学 大学 大学院 (中退 在学 卒業)

2. 職業歴

() 歳 ~ () 歳 職業 ()
() 歳 ~ () 歳 職業 ()
() 歳 ~ () 歳 職業 ()
() 歳 ~ () 歳 職業 ()
() 歳 ~ () 歳 職業 ()

現在休職中の方 () 年 () 月より休職中

病名 傷病手当等の受け取り なし あり 期限 () 年 () 月 () 日

休職の最終期限がお分かりになればご記入ください () 年 () 月 () 日まで

IV. アルコール関連

1. お酒を飲むことで楽になることがあれば詳しくご記入ください。

2. お酒を飲まないで困る事情があれば詳しくご記入ください。

3. 飲酒量についてご記入ください。

酒の種類：()を1週間で()日、1日()mlくらい()時間かけて飲む。

酒の種類：()を1週間で()日、1日()mlくらい()時間かけて飲む。

酒の種類：()を1週間で()日、1日()mlくらい()時間かけて飲む。

飲酒の際にご飯などの食事を 十分に食べる 食べない 多少口にする

4. これまでお酒を飲んだ結果、周囲に迷惑を指摘されたり罪悪感を覚えたことがありますか ない ある

5. 何らかの理由で逮捕・補導・服役したことはありますか？ ない ある(理由：)

6. 以上の他にアルコールについて質問やご要望等ございましたら自由にご記入ください。

V. ご自身の健康状態をチェックします。以下には可能な限りお答えください。

1. 睡眠状況 普通 寝た感じがしない 寝すぎる

1日の平均睡眠時間は()時間くらい。布団に入るのは()時頃で、大体()時頃に眠りにつき、朝は()時に目覚め、布団を出るのは()時くらい。途中で目が覚める場合は、一晩で()回起き、その後すぐに眠ることができる できない

2. 食事の有無 食欲はある ない へった 増えた

3. 体重の増減 変化なし 減った(3ヵ月で kg) 増えた(3ヵ月で kg)

4. 喫煙歴 なし ある(一日 本) あった(歳～ 歳まで1日 本くらい)

5. 現在までに使用/経験があるものについて全て選択してください。(通報を目的とした質問ではありません)

シンナー 危険ドラッグ 覚せい剤 大麻 MDMA LSD ゴメオ ヒロポン
ヘロイン コカイン ギャンブルによる借金 ゲームによる社会適応困難 処方薬の乱用

8. 現在かかっている病気について、当てはまるものを全て選択してください。

高血圧 糖尿病(インスリン：あり なし) 心臓疾患 胃腸疾患 緑内障 肝臓疾患
脳の疾患(病名：) アレルギー疾患 貧血 喘息 大きな怪我・事故()

6. 現在ある症状について、当てはまるものを全て選択してください。

睡眠不安定 やる気がでない 不安感 変な汗をかく 内容が頭に入らない 興味減退
死にたい 焦る 暴言・暴力 見張られる 過食 億劫 頭痛 肩こり むくみ
疲れる ドキドキする 考えがまとまらない 悪口を言われている 息苦しい 食欲の変化
吐き気 下痢 冷え性 風邪をひく 気分が落ち込む 集中力低下 涙もろい イライラする めまい 便秘 見えにくい 月経前の不安定 身体の一部/全身が痛む その他

7. 上記の症状について詳しくご記入ください。

ご協力ありがとうございました。