

※ この問診票は、2011年の東日本大震災の際、支援の一環としてボランティアで作成したものです。
日本語

問診票

記入年月日 年 月 日

名前	同行者氏名	本人との関係	
住所			
性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
電話番号	緊急電話		

誰に勧められて病院に来ましたか？ <input type="checkbox"/> 自分から <input type="checkbox"/> 家族、知人にすすめられて <input type="checkbox"/> その他（ ）
現在どのような症状がありますか？ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 気を失った <input type="checkbox"/> 物忘れがある <input type="checkbox"/> いらいらする <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 悲しい <input type="checkbox"/> 暴言を言う <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 性欲がない <input type="checkbox"/> 元気がない <input type="checkbox"/> 気が重い <input type="checkbox"/> 気分が落ち込む <input type="checkbox"/> 何もする気がしない <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> たちくらみがある <input type="checkbox"/> 耳鳴りがする <input type="checkbox"/> 不快感がある <input type="checkbox"/> 思うようにしゃべれない <input type="checkbox"/> 自分のことを人が変な目で見ると感じる <input type="checkbox"/> 何となく周囲が変わったように感じる <input type="checkbox"/> 興奮している <input type="checkbox"/> 乱暴になった <input type="checkbox"/> 怖い夢をみる <input type="checkbox"/> 躁状態が続く <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 途中で目が覚める <input type="checkbox"/> 早く目が覚める <input type="checkbox"/> ぐっすり寝た気がしない <input type="checkbox"/> しゃべりすぎる <input type="checkbox"/> その他（ ）
その症状はいつから始まりましたか？ <input type="checkbox"/> （ ）年前から <input type="checkbox"/> （ ）ヶ月前から <input type="checkbox"/> （ ）週前から <input type="checkbox"/> （ ）日前から <input type="checkbox"/> （ ）時間前から
そのことで相談や治療を受けられたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (どこで相談、治療を受けましたか？)
今までに怪我や病気で治療を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> その他（ ）
現在服用している薬はありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (それは何ですか？)

※ この問診票は、2011年の東日本大震災の際、支援の一環としてボランティアで作成したものです。
日本語

薬や食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（それは何ですか？ ）	
お酒は飲みますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 飲んでいるお酒はなんですか？ <input type="checkbox"/> 日本酒 <input type="checkbox"/> 焼酎 <input type="checkbox"/> ビール <input type="checkbox"/> ウイスキー <input type="checkbox"/> その他（ ） 飲んでいる量はどのくらいですか？（ ）杯/日・週・月・年	
たばこを吸いますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ※1日何本吸いますか？（ ）本	
経済面で心配なことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
最終学歴 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 専門学校	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 中退
一緒に暮らしている人は何人ですか？ それは誰ですか？	

女性の方にお尋ねします。 生理について <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 初経前 <input type="checkbox"/> 閉経後

居住状況 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 仮設住宅 <input type="checkbox"/> 一次避難 <input type="checkbox"/> 友人・親戚の家 <input type="checkbox"/> その他（ ）
今、つらい症状または不安や悩みはなんですか？自由に書いてください。

- ・多言語で「こころの症状に関する問診」「放射線被ばくに関する問診票」を公開しています。
- ・多言語医療問診システムも無料で公開中 Web モバイル（スマートフォン）で使えます