

Psychosomatic Medicine Questionnaire

心療内科予診票

This is used as a reference for the consultation. Please fill in as much of the form as you can.

診察時に参考に致しますので、かける範囲内でご記入をお願いします。

(Year 年 Month 月 Day 日)

Name 氏名		Age 年齢	years old 歳
Occupation 職業		Sex 性別	<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女
Height 身長	cm	Weight 体重	kg
Last educational background 最終学歴	<input type="checkbox"/> Graduated from 卒業 <input type="checkbox"/> Left before graduation 中退		
	<input type="checkbox"/> Elementary school 小学校	<input type="checkbox"/> Vocational school/technical college 専門学校	
	<input type="checkbox"/> Junior high school 中学校	<input type="checkbox"/> University/collage 大学	
	<input type="checkbox"/> High school 高等学校	<input type="checkbox"/> Graduate school 大学院	

1. Please describe your symptoms in detail (incl. when you first noticed them, which part of your body hurts, and how bad it is).

具合の悪いところを具体的に書いてください。いつ頃から、どこが、どのように悪いのですか。

2. For the above symptoms, please describe your medical history by filling in the table below.

そのために、いつ、どこで、どのような検査を受け、どのような薬をもらいましたか。

When いつ	Medical institution 医療機関名	Tests you received 検査	Doctor's explanation and diagnosis 説明と診断	Medications 出された薬
(Example) From XXXX/Apr/05 to present	Hospital B B 病院	Blood tests, ECG 血液検査、心電図検査	Stress-induced arrhythmia ストレスからくる不整脈	Alprazolam 2 tablets/ day ソラナックス 1日2錠

3. If you currently visit hospitals/clinics for other illnesses, please fill in the table below.

現在、その他の病気のために通院中の医療機関と、処方されている薬があれば教えてください。

Name of medical institution 医療機関名	Diagnosis 診断	Medicines 薬

4. Please specify any diseases you had in the past and when you had them.

(Example: Age 31, duodenal ulcer)

今までにかかった病気と時期について教えてください。(例：31 歳、十二指腸潰瘍)

Age (years old) 年齢 歳	Name of the disease 病名

5. Do you have any allergies to medicines or foods? (Yes / No)

薬や食品に対するアレルギーはありますか。

If yes, please describe in detail. ()

ある場合 詳しく教えてください。

6. Please fill in the numbers in the spaces or check the boxes that apply to your current conditions.

現在の状態について 数字を記入するか、当てはまるものに○をしてください

Meals/Appetite 食事・食欲	Meals: (____) times a day 1日の食事の回数 Appetite 食欲: <input type="checkbox"/> Good 良好 <input type="checkbox"/> Normal 普通 <input type="checkbox"/> Poor 不良 <input type="checkbox"/> No taste 味がわからない
Sleep habits 睡眠	Sleeping hours: (____) hours a day 睡眠時間：1日()時間 Bedtime 就寝時間(____ : ____) – Awakening time 起床時間(____ : ____) Sleep quality: <input type="checkbox"/> Trouble falling asleep 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> Trouble remaining asleep at night 夜中に目がさめる <input type="checkbox"/> Awaken early in the morning 朝早く目覚める <input type="checkbox"/> Feel unrefreshed in the morning despite sleeping at night 熟眠感がない

Urination 排尿	() times a day 1日()回 <input type="checkbox"/> Difficulty urinating 排尿困難感 <input type="checkbox"/> Incomplete voiding 残尿感 <input type="checkbox"/> Urinary frequency 頻尿感
Bowel movement 排便	<input type="checkbox"/> Every day 毎日 <input type="checkbox"/> () times a day 1日()回 <input type="checkbox"/> Every () days ()日に一度 Stool type: <input type="checkbox"/> Normal 普通 <input type="checkbox"/> Hard 硬い <input type="checkbox"/> Soft 柔らかい <input type="checkbox"/> Alternating pattern of constipation and diarrhea 下痢/便秘が交互
Drinking habit 飲酒	<input type="checkbox"/> Every day 毎日 <input type="checkbox"/> Every () days ()日に一度 <input type="checkbox"/> Do not drink 飲まない Types and amount of alcohol if you drink 飲む場合、種類と量 Type () Amount () Past drinking habit (If you have stopped drinking) 過去の飲酒歴 (from age _____ until age _____) (歳 - 歳)
Smoking habit 喫煙	<input type="checkbox"/> Smoke 吸う <input type="checkbox"/> Do not smoke 吸わない <input type="checkbox"/> Quit smoking 禁煙した If you smoke: () cigarettes a day starting around age () 吸う場合:()歳頃から1日()本 If you quit smoking, when did you stop smoking permanently? At age () 禁煙した場合()歳で禁煙
Menstrual periods 月経	<For women only 女性の方のみ> First menstrual period: At age () 初潮()歳、 Menstrual cycle: <input type="checkbox"/> Regular 現在は順調 <input type="checkbox"/> Irregular 不順 <input type="checkbox"/> Absence of menstruation 無月経 <input type="checkbox"/> Stopped menstruation at age () 閉経した()歳
Hobby 趣味	Do you have any hobbies? <input type="checkbox"/> No なし <input type="checkbox"/> Yes あり (details 内容:)

7. If you have changed jobs, please specify when you changed jobs and what you were doing at that time. 転職した方は、転職の時期と、その時の仕事の内容について教えてください。

Current Job 現在の仕事 : From year/年 month/月
 (details 内容:)

Previous jobs 以前の仕事 : From year/年 month/月 to year/年 month/月
 (details 内容:)

From year/年 month/月 to year/年 month/月
 (details 内容:)

8. Please check any family members who live with you.

家族構成について教えてください。同居している家族に○をしてください。

<input type="checkbox"/>	Father 父	<input type="checkbox"/>	Sibling(s) 兄弟姉妹	How many siblings do you have? A: ()
<input type="checkbox"/>	Mother 母	<input type="checkbox"/>	Spouse	
<input type="checkbox"/>	Child(ren) 子供 (人) How many children do you have? ().			What is your position in the family? A: I am the ()st/nd/rd/th child. (人兄弟/姉妹、私は 番目)
<input type="checkbox"/>	Grandfather 祖父	<input type="checkbox"/>	Grandmother 祖母	

Please describe if you would like to make particular comments on the relationship with your family.

Example: Separated from my father at childhood; have an experience of divorce.

上記でわかりにくい事情（子供の時に父親と別居、結婚後離婚など）があれば、説明できる範囲内で記載してください。

()

9. Do any of your family members have the same symptoms as you? Yes No

血縁関係の方にあなたと同じ症状を持った方がいらっしゃいますか

10. Do any of your family members have diseases (such as cancer, hypertension, or diabetes) or mental problems (such as depression)? Yes No

血縁関係の方にがん、高血圧、糖尿病などの身体疾患、うつ病などの精神疾患を持った人がいますか

Details: (Example: My mother has high blood pressure and depression) (例：母親 高血圧とうつ病)

()

11. Do you think that the current symptoms are affected by psychological factors (lifestyle, worries, relationships, stress, personality, etc.)? Yes No

現在の症状と心理的な要因（生活の仕方・悩み・人間関係・ストレス・性格など）が関係していると思いますか？

If you answered "yes", what exactly do you think is involved and how?

「はい」と答えた方は、具体的に何がどのように関係していると思いますか？

()

12. Please describe when the symptom (that troubles you most) gets worse and/or better.

一番困っている症状は、どういう時に悪くなったり、良くなったりするかを教えてください。

Example: The symptom gets worse when I get nervous/tired/irritated or feel cold.

The symptom gets better when I am off work, after taking a bath, or from evening through night.

例：悪くなる時：緊張した時、疲れがたまった時、イライラした時、寒い日、など。

良くなる時：休日、風呂あがり、夕方から夜にかけて、など。

Gets worse 悪くなる時：

()

Gets better 良くなる時：

()

13. Please specify if you do anything to control your symptoms.

症状をコントロールするために何か気をつけていたこと、工夫していたことがあれば教えてください。
()

14. Please rate your current health conditions out of 100 (with 100 being a representation of perfect health).

最後に、今のあなたの健康度は元気な時を 100 点とすると何点ですか？
() /100 points 点

* About COVID-19 infections

* コロナに関連した内容についてお聞きします。

1. Have you ever been infected with COVID-19? コロナ感染症に罹ったことがありますか。

No Yes (when)
いいえ はい いつ頃

2. Have you received the COVID-19 vaccination? If yes, please indicate how many times, and when the last time you got vaccinated was.

新型コロナワクチンの接種は受けましたか。接種した方は接種回数と最終接種日をお書きください。

No Yes (_____ times _____ / _____ month/day)
いいえ はい 回目 月 日

* We would like to use outcomes of questionnaires and tests performed in the Psychosomatic Medicine Department in an anonymous form for education and research aiming at better medical services in the future. If you refuse to give consent to the use for this purpose, please sign in the space below.

* 予診票、および当科で行う検査は、今後、より良い診療を行えるための教育、研究のために、個人を特定できない形で活用させていただきたく思います。ご協力いただけない場合は、() にご署名ください。

Signature of patient: _____