

PSYCHIATRIE

せいしん かもんしんひょう
精神科問診票

français
フランス語

Cochez la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください

Année 年

Mois 月

Jour 日

Nom 名前		<input type="checkbox"/> Homme 男	<input type="checkbox"/> Femme 女
date de naissance 生年月日	_____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日	Téléphone 電話	
Adresse 住所			
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Oui はい	<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Nationalité 国籍		Langue 言葉	

Symptômes どうしましたか	
<input type="checkbox"/> je dors mal 眠れない	<input type="checkbox"/> je parle plus que d'habitude いつもよりよくしゃべる
<input type="checkbox"/> j'ai des crises d'anxiété ou de panique 不安やパニック発作	
<input type="checkbox"/> j'entends des voix alors que je suis seul(e) 周りに人がいないのに声が聞こえる	
<input type="checkbox"/> je me sens déprimé(e) うつ気分	<input type="checkbox"/> je me sens faible 元気がない
<input type="checkbox"/> je me sens observé(e) 人に見られている気がする	<input type="checkbox"/> j'ai trop de vigueur 元気が良すぎる
<input type="checkbox"/> je perds connaissance 意識がなくなる	<input type="checkbox"/> je veux mourir 死にたい
<input type="checkbox"/> je m'énerve facilement 興奮しやすい	<input type="checkbox"/> je subis des violences 暴力をふるう
<input type="checkbox"/> autres その他	
Depuis quand avez-vous ces symptômes? それはいつからですか	
Depuis _____ année 年 _____ mois 月 _____ jour 日から	
Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか	
<input type="checkbox"/> Oui はい → <input type="checkbox"/> médicaments 薬 <input type="checkbox"/> aliments 食べ物 <input type="checkbox"/> autres その他 <input type="checkbox"/> Non いいえ	
Nom de l'accompagnateur 付添者の氏名	
Nature de la relation avec l'accompagnateur 本人との関係	<input type="checkbox"/> famille 家族 <input type="checkbox"/> ami(e) 友人 <input type="checkbox"/> autre その他 → ()
Qui vous a conseillé de venir aujourd'hui? 本日の受診はどなたの意志ですか	
<input type="checkbox"/> vous 本人 <input type="checkbox"/> famille 家族 <input type="checkbox"/> ami(e) 友人 <input type="checkbox"/> police 警察 <input type="checkbox"/> collègue 勤務先の人	
<input type="checkbox"/> autre その他 → ()	
Qu'attendez-vous de la visite d'aujourd'hui? 本日の受診の目的は何ですか	
<input type="checkbox"/> diagnostic 診断	<input type="checkbox"/> certificat médical 診断書
<input type="checkbox"/> traitement 治療	<input type="checkbox"/> hospitalisation 入院
<input type="checkbox"/> demander le transfert vers un autre établissement 紹介	<input type="checkbox"/> deuxième avis セカンドオピニオン
<input type="checkbox"/> autres その他 → ()	
Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être? 妊娠していますか、またその可能性はありますか	
<input type="checkbox"/> Oui はい → _____ mois ヶ月 <input type="checkbox"/> Non いいえ	
Allaitiez-vous votre enfant actuellement? 授乳中ですか	<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ
Souffrez-vous actuellement d'une maladie pour laquelle vous suivez un traitement? 現在治療している病気はありますか	
<input type="checkbox"/> Oui はい → nom de l'établissement médical 医療機関名 <input type="checkbox"/> Non いいえ	
Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか	
<input type="checkbox"/> Oui はい → Si vous en avez, montrez les moi. 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Non いいえ	

Antécédents médicaux いま 今までにかかった病びょうき気はありますか

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> démence <small>にん ちしやう</small> 認知症 | <input type="checkbox"/> dépendance à l'alcool ou à la drogue <small>やくぶつ いぞん</small> アルコールや薬物依存 | |
| <input type="checkbox"/> trouble de l'humeur <small>きふんしやうがい</small> 気分障害 → <input type="checkbox"/> manie <small>そらびやう</small> 躁病 | <input type="checkbox"/> trouble bipolaire <small>そらうつびやう</small> 躁鬱病 | <input type="checkbox"/> dépression <small>うつびやう</small> 鬱病 |
| <input type="checkbox"/> panique <small>パニック</small> | <input type="checkbox"/> insomnie <small>ふみんしやう</small> 不眠症 | |
| <input type="checkbox"/> trouble de la personnalité <small>しやうがい</small> パーソナリティ障害 | <input type="checkbox"/> trouble du développement <small>はつたつしやうがい</small> 発達障害 | |
| <input type="checkbox"/> retard mental <small>せいしん ちたい</small> 精神遅滞 | <input type="checkbox"/> épilepsie <small>てんかん</small> てんかん | |
| <input type="checkbox"/> schizophrénie <small>とうごうしつちやうしやう</small> 統合失調症 | <input type="checkbox"/> THADA <small>ちゆうい けつかん じょ た どうせいしやうがい</small> 注意欠陥(如)多動性障害 | |
| <input type="checkbox"/> autres <small>た</small> その他 → () | | |

Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète ? こんご つうやく じぶん つ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

- Oui** はい **Non** いいえ

<2/2ページ>