

PSYCHIATRIE

せいしん かもんしんひょう
精神科問診票

Deutsch
ドイツ語

Markieren Sie alle zutreffenden Antworten. あてはまるものにチェックしてください

Jahr 年

Monat 月

Tag 日

Name 名前		<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> W 女
Geburtsdatum 生年月日	_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日	Tel 電話	
Anschrift 住所			
Besteht eine Krankenversicherung? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Ja はい	<input type="checkbox"/> Nein いいえ	
Staatsangehörigkeit 国籍		Sprache 言葉	

Was fehlt Ihnen? どうしましたか

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ich schlafe schlecht 眠れない | <input type="checkbox"/> ich spreche mehr als üblich いつもよりよくしゃべる |
| <input type="checkbox"/> Beunruhigung oder Panikattacken 不安やパニック発作 | |
| <input type="checkbox"/> ich höre Stimmen, auch wenn niemand da ist 周りに人がいないのに声が聞こえる | |
| <input type="checkbox"/> ich fühle mich deprimiert うつ気分 | <input type="checkbox"/> ich bin niedergeschlagen 元気がない |
| <input type="checkbox"/> ich fühle mich beobachtet 人に見られている気がする | <input type="checkbox"/> ich bin zu euphorisch 元気が良すぎる |
| <input type="checkbox"/> ich werde bewusstlos 意識がなくなる | <input type="checkbox"/> ich möchte sterben 死にたい |
| <input type="checkbox"/> ich rege mich schnell auf 興奮しやすい | <input type="checkbox"/> ich neige dazu, gewalttätig zu werden 暴力をふるう |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges その他 | |

Seit wann? それはいつからですか

Seit _____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日から

Bestehen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Lebensmittel? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Ja はい → Medikamente 薬 Lebensmittel 食べ物 Sonstiges その他 Nein いいえ

Name des Begleiters 付添者の氏名

Verhältnis zu Ihnen 本人との関係 Familie 家族 Freund/in 友人 Sonstiges その他 → ()

Wer hat Ihnen vorgeschlagen, uns heute zu besuchen? 本日の受診はどなたの意志ですか

Sie selbst 本人 Familie 家族 Freund/in 友人 Polizei 警察 Jemand am Arbeitsplatz 勤務先の人
 Sonstiges その他 → ()

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch? 本日の受診の目的は何ですか

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diagnose 診断 | <input type="checkbox"/> Erhalt eines ärztlichen Attests 診断書 |
| <input type="checkbox"/> Behandlung 治療 | <input type="checkbox"/> Einweisung 入院 |
| <input type="checkbox"/> Überweisung an eine andere Einrichtung 紹介 | <input type="checkbox"/> eine zweite Meinung einholen セカンドオピニオン |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges その他 → () | |

Besteht eine Schwangerschaft? 妊娠していますか、またその可能性はありますか

Ja はい → _____ Monat 月 Nein いいえ

Stillen Sie zurzeit? 授乳中ですか

Ja はい Nein いいえ

Werden Sie derzeit wegen einer anderen Krankheit behandelt? 現在治療中の病気はありますか

Ja はい → Name der medizinischen Einrichtung 医療機関名 Nein いいえ

Werden zur Zeit Medikamente eingenommen? 現在飲んでいる薬はありますか

Ja はい → Falls Sie die Medikamente bei sich haben, zeigen Sie sie bitte dem Arzt. 持っていれば見せてください Nein いいえ

Welche Krankheiten gab es in der Vergangenheit? いまま 今までにかかった病びょうき気はありますか

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Demenz <small>にんちしょう</small> 認知症 | <input type="checkbox"/> Alkohol- oder Drogenabhängigkeit <small>アルコールや薬物依存</small> アルコールや薬物依存 |
| <input type="checkbox"/> Affektive Störungen <small>きぶんしょうがい</small> 気分障害 → <input type="checkbox"/> Manie <small>そうびょう</small> 躁病 | <input type="checkbox"/> manisch-depressive Psychose <small>そううつびょう</small> 躁鬱病 |
| <input type="checkbox"/> Panik <small>パニック</small> | <input type="checkbox"/> Depression <small>うつびょう</small> 鬱病 |
| <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörungen <small>パーソナリティ障害</small> パーソナリティ障害 | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit <small>ふみんしょう</small> 不眠症 |
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung <small>せいしんちたい</small> 精神遅滞 | <input type="checkbox"/> Entwicklungsstörungen <small>はつたつしょうがい</small> 発達障害 |
| <input type="checkbox"/> Schizophrenie <small>とうごうしつちょうしょう</small> 統合失調症 | <input type="checkbox"/> Epilepsie <small>てんかん</small> てんかん |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges <small>その他</small> → () | <input type="checkbox"/> ADHD <small>ちゅういけつかんじょう</small> 注意欠陥(如)多動性障害 |

Können Sie ab dem nächsten Mal selbst einen Dolmetscher mitbringen? こんご つかやく じぶん 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

- Ja はい Nein いいえ

<2/2ページ>