

ID :

問診票（アルコール外来）

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者名 _____ ご関係（ _____ ）

受診者名			連絡先	
住所				
同伴者①	続柄（ _____ ）		連絡先	
同伴者②	続柄（ _____ ）		連絡先	
緊急連絡先	氏名		連絡先	

下記事項にご記入、または該当項目にチェック☑をしてください。記入者がご本人でない場合でも、ご本人の申し出、ご意向を記入するようにしてください。ご家族の希望については初診時に直接お伺いします。

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・親戚のすすめ 知人・友人のすすめ
他の医療機関からの紹介（医療機関名： _____ ） その他（ _____ ）

2 改善したいことは何ですか。（複数選択可）

- お酒をやめたい お酒を減らしたい 身体への影響を知りたい 内科の病気を治したい
肝臓（またはその他）の数値を良くしたい 仕事に打ち込みたい
家族や周囲を安心させたい 特になし その他（ _____ ）

3 ご本人の状況を教えてください。

【お酒に関すること】

① 初めてお酒を飲んだのは何歳の時ですか。	_____ 歳頃
② 習慣的に飲酒するようになったのは何歳の時ですか。	_____ 歳頃
③ 飲酒の時間帯を教えてください。	_____ 時～ _____ 時
④ 家族に隠れて飲酒することはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
⑤ お酒はどなたが購入していますか。	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
⑥ お酒が切れたときに体に症状が現れることがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 手の震え <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> その他）

⑦ お酒を飲んだ後に、問題行動を起こしたことはありますか。 □いいえ ・ □はい (□暴力 □暴言 □警察保護 □飲酒運転)
⑧ お酒を飲んでいて仕事への影響はありますか。 □いいえ □はい (□遅刻 □休み □仕事でのトラブルが増えた □仕事に集中できない)
⑨ 自助グループに参加されたことはありますか。 □いいえ □はい (□断酒会 □AA □その他 ())
⑩ 当院で実施しているアルコールプログラムへの参加希望はありますか？ □いいえ □はい □わからない
⑪ 最後にお酒を飲んだのはいつですか。 年 月 日 (□午前 □午後) 時頃まで

【生活に関すること】

① 食事	食事回数 回/日 (□朝 □昼 □夕 □決まっていない)
② 睡眠	睡眠時間 時間/日 (時 ~ 時)
	睡眠でお困りの症状はありますか。 □いいえ □はい
	「はい」の方・・・□寝つきが悪い □夜中に目が覚める □朝早く目が覚める □眠りが浅い □熟眠感がない □お酒を飲まないと眠れない □その他 ()
③ 喫煙	□吸わない □やめた (歳から 歳まで) □吸う (歳から 本/日)
④ 趣味	趣味・特技・好きなことがあればご記入ください。 ()

【本人に関すること】

(出身・学歴)

出身地	() 都・道・府・県 () 市・区・町・村
最終学歴	□中学校 □高等学校 □専門学校 □短期大学 □大学 □大学院 □卒業 □在学中 (年生) □休学中 □中退

(職歴)

年齢	会社名	職種・業務内容
～ 歳まで		
～ 歳まで		
～ 歳まで		
～ 現在まで		

(家族)

同居家族	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (例：父、母、妻：)
兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (人中 番目)
結婚歴	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 (歳) <input type="checkbox"/> 離婚 (歳)
子供	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (例 男13歳 女5歳：)

4 既往歴・お薬・アレルギーについて教えてください。

①今までに大きなケガや病気で治療を受けた方は記入してください。

年齢	病名	医療機関名	状況
歳～ 歳			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院
歳～ 歳			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院
歳～ 歳			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院
歳～ 歳			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院
歳～ 歳			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院

参考

高血圧、高脂血症、心疾患、腎疾患、脂肪肝、肝炎、肝硬変、胃潰瘍、食道炎、食道静脈瘤、糖尿病、脳梗塞など

②現在、当院以外で治療中の病気はありますか。

いいえ はい (病名：)

③現在、服用中のお薬 (市販薬も含む)、健康食品、ビタミン剤はありますか。

いいえ はい (内容：)

④お薬、または食品に関してアレルギーはありますか。

いいえ はい (お薬・食品の名前：)

⑤今までにお薬の副作用が現れたことはありますか。

いいえ はい (お薬の名前)

5 あなた自身の最近1年間のお酒の飲み方について教えてください。

① あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか。

0. 飲まない 1. 1カ月に1回以下 2. 1カ月に2～4回
3. 1週に2～3回 4. 1週に4回以上

② 過去1年間に、飲み始めると止められなかったことがどのくらいの頻度でありましたか。

0. ない 1. 1カ月に1回未満 2. 1カ月に1回 3. 1週に1回
4. 毎日、あるいはほとんど毎日

③ 過去1年間に、普通だで行えることを飲酒していたためにできなかったことがどのくらいの頻度でありましたか。

0. ない 1. 1カ月に1回未満 2. 1カ月に1回 3. 1週に1回
4. 毎日、あるいはほとんど毎日

④ 過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をしなければならなかったことがどのくらいの頻度でありましたか。

0. ない 1. 1カ月に1回未満 2. 1カ月に1回 3. 1週に1回
4. 毎日、あるいはほとんど毎日

⑤ 過去1年間に、飲酒后、罪悪感や自責の念にかられたことがどのくらいの頻度でありましたか。

0. ない 1. 1カ月に1回未満 2. 1カ月に1回 3. 1週に1回
4. 毎日、あるいはほとんど毎日

⑥ 過去1年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことがどのくらいの頻度でありましたか。

0. ない 1. 1カ月に1回未満 2. 1カ月に1回 3. 1週に1回
4. 毎日、あるいはほとんど毎日

⑦ あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか。

0. ない 2. あるが、過去1年にはなし 4. 過去1年以内にあり

⑧ 家族や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか。

0. ない 2. あるが、過去1年にはなし 4. 過去1年以内にあり

⑨ 飲酒するときには通常どの位の量を飲みますか。

酒類	度数	1日で飲む量	ドリンク数
ビール 発泡酒	5%	コップ (180ml) × () 杯 = () ml	ア.
		小ビンまたは350ml缶 × () 本 = () ml	
		中ビンまたは500ml缶 × () 本 = () ml	
		大ビン (633ml) × () 本 = () ml	
		中ジョッキ (320ml) × () 杯 = () ml	
		大ジョッキ (600ml) × () 杯 = () ml 計 () ml	
日本酒	15%	1合 (180ml) × () = () ml	イ.
焼酎・泡盛	() %	1合 (180ml) × () = () ml	ウ.
		<small>焼酎：お湯</small> お湯割り3：7 (原酒54ml) × () 杯 = () ml	
		お湯割り5：5 (原酒90ml) × () 杯 = () ml	
		お湯割り6：4 (原酒108ml) × () 杯 = () ml 計 () ml	
缶酎ハイ	() %	350ml缶 × () 本 = () ml	エ.
		500ml缶 × () 本 = () ml 計 () ml	
ハイボール	() %	350ml缶 × () 本 = () ml	オ.
		500ml缶 × () 本 = () ml 計 () ml	
ワイン	12%	ワイングラス (120ml) × () 杯 = () ml	カ.
		ハーフボトル (375ml) × () 本 = () ml	
		フルボトル (750ml) × () 本 = () ml 計 () ml	
ウイスキー ブランデー ジン、ラム ウォッカ テキーラ	40%	シングル水割り (原酒30ml) × () 杯 = () ml	キ.
		ダブル水割り (原酒60ml) × () 杯 = () ml	
		ショットグラス (30ml) × () 杯 = () ml	
		ポケットビン (180ml) × () 本 = () ml	
		ボトル半分 (360ml) × () = () ml 計 () ml	
梅酒	15%	1合 (180ml) × () = () ml	ク.
その他 ()	() %	() ml) × () 杯・本 = () ml	ケ.
ア～ケの合計		()ドリンク	

(参考) ドリンク数の計算方法

缶酎ハイ	△(5)%	350ml缶 × (3) 本 = (1050) ml	エ.
		500ml缶 × () 本 = () ml 計 (1050) ml	

(5) % × (1050 ml) × 0.8 ÷ 1000 = (4.2) 単位

0. 1～2単位 1. 3～4単位 2. 5～6単位 3. 7～9単位 4. 10単位以上

⑩ 1度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか。

0. ない 1. 1カ月に1回未満 2. 1カ月に1回 3. 1週に1回
4. 毎日あるいはほとんど毎日

※ドリンク換算が難しい方はスタッフが計算しますので、そのまま提出していただいて構いません。

☆問診はこれで終了です。お疲れさまでした。