

ご記入に 10 分程度お時間がかかります。

フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)
お名前	男・女		
現住所	〒 _____ - _____		当院はどこでお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 他の医療機関から聞いて <input type="checkbox"/> 看板、電柱看板 <input type="checkbox"/> インターネットの検索 <input type="checkbox"/> 知人から聞いて <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	_____ - _____ - _____		
ご連絡先	_____ - _____ - _____ ※必要な場合、クリニック名でのご連絡を差し上げる場合がございますのでご了承ください。		

※以下の質問は、差し支えのない範囲でご記入いただき、お答えが難しい箇所は空欄のまま構いません。

1. お困りのことは何でしょうか？ (いつ頃からどんな症状が出現したかなど、ご自由にお書きください。)

※最初に症状が出現したのはいつ頃ですか？ : _____年_____月頃から (または_____歳頃)

※思い当たるきっかけはありますか？ : ある (_____) ない

2. 今つらいことは、どんなことですか？ (複数チェック可)

- よく眠れない 疲れやすい 体がだるい 気力がない 不安感 胸がドキドキする 息苦しくなる
- 気持ちが落ち込む 考えがまとまらない 集中力がなくなった よく涙が出るようになった
- いらいらする 気持ちが焦りやすい 朝起きるのがつらくなった 元気がよすぎる
- 食欲がない 食欲がありすぎる 頭痛 肩こり めまい 吐き気 下痢または便秘がひどい
- 死にたい気持ちになることがある 周りからいやがらせを受けているように感じる

3. 睡眠について

夜は良く眠れますか？ はい いいえ (いいえの方は以下の項目にもチェックをお願いします)

なかなか寝つけない 途中で目が覚める 朝早く目が覚める 眠りが浅い (複数チェック可)

平均睡眠時間はおよそどのくらいですか？ 約 (_____ ~ _____) 時間程度

平均的な就寝・起床時間は何時頃ですか？ 就寝： _____ 時頃 起床： _____ 時頃

4. 食欲について

食欲はありますか？ はい いいえ

体重の変化はありますか？ はい (ここ _____ヶ月で _____ kg の 減少・増加) いいえ

5. これまで、心療内科や精神科などを受診されたことはありますか？

ない ある

(__年__月~ __年__月まで 医療機関名: _____ 入院 外来)

(__年__月~ __年__月まで 医療機関名: _____ 入院 外来)

(__年__月~ __年__月まで 医療機関名: _____ 入院 外来)

6. いままで治療された/現在治療中のご病気、手術歴などについて

なし あり (病名: _____、_____、_____)

糖尿病 (なし あり) 心臓疾患 (なし あり・病名 _____) 高血圧 (なし あり)

緑内障 (なし あり) 肝臓疾患 (なし あり・病名 _____)

※血縁のご家族で心療内科・精神科・神経科などを受診されたことがある方はおられますか？

なし あり (ご関係: _____ 病名: _____)

7. 生育歴・教育歴・職業歴についておうかがいします。

主な生育地 (_____、_____)

最終学歴 (中学校 高校 専門学校 大学 大学院) 卒業 在学中 中退

現在のご職業 (_____) 転職 なし あり (_____ 回)

就労されている方へ: 平均残業時間 (約 _____ 時間/月)、欠勤 (約 _____ 日/月)

8. ご家族についておうかがいします。

両親はご健在ですか? はい いいえ (_____)

兄弟姉妹 なし あり (_____ 人中 _____ 番目)

子供 なし あり (_____ 人)

結婚歴 未婚 既婚 離婚

現在の同居中の方 (_____)

9. お薬や食べ物が原因で、発疹や肝障害などのアレルギーを起こしたことはありますか？

なし あり (症状 _____)

10. 飲酒やたばこなどについて

飲酒 ほとんど飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む (1日あたり _____ を _____ 本くらい)

喫煙 吸わない 吸う (1日あたり _____ 本くらい)

シンナー・覚せい剤・大麻・LSD・MDMAなどの使用歴 なし あり

11. 診療にあたって、ご希望などございますか? (よければご記入ください)

診断について聞きたい 治療について聞きたい その他 { _____ }

12. 以下の制度をご利用されていますか？

・自立支援医療制度 (精神通院) 利用していない 利用している ※期限 (_____ 年 _____ 月末まで)

・精神障害者保健福祉手帳 利用していない 利用している (_____ 級) ※期限 (_____ 年 _____ 月末まで)

・障害者年金 受給していない 受給している (_____ 級)

※ご記入が終わりましたら、受付までお声かけください。

※ご記入いただきました個人情報、厳重に管理し、診療に関する範囲を超えて利用することはありません。