

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て構いませんか？ (はい ・ いいえ)		

※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)

なかなかねつけない 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は、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。