

| | | | |
|------|-----------------------|---|------------|
| ふりがな | | 生年月日 | 昭和・平成 |
| お名前 | | | 年 月 日生()歳 |
| 住所 | 〒 — _____ _____ | 当院はどこでお知りになりましたか (当てはまるもの全てにチェックをお願いします) <input type="checkbox"/> 他の医療機関() <input type="checkbox"/> インターネットの検索 (Google Yahoo その他) <input type="checkbox"/> 知人()からの情報 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 電話番号 | () — () — | <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他() ※必要な場合クリニックの名前を出してご連絡してかまいませんか (はい・いいえ) | |

※以下の質問は、差し支え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？(症状やお悩みなどご相談されたいことを何でもお書きください)

⇒またその症状や悩みはいつ頃からですか？

(例:2020年8月頃から不眠、9月頃から食欲低下、倦怠感、10月2日から仕事を休んでいる・・・など)

⇒きっかけにころあたりはありますか？ない ある→それはいつ頃のできごとですか？

(例:2019年4月に会社内で異動があった・・・など)

2. 当てはまるものがありましたらチェックをつけてください。

疲れやすい 体がだるい 気力がない 不安が強い 胸がどきどきする 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 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 趣味を楽しめなくなった 頭痛 めまい
吐き気 下痢 便秘

3. 睡眠について うかがいます。(複数チェック可)

⇒よく眠れていますか？ 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)

ねつけない 途中で何度か目が覚める 朝早く目が覚める 眠りが浅い 不眠ではないが睡眠不足

⇒平均睡眠時間はおよそどのくらいですか？ 約(____)時間程度

4. 食欲についてうかがいます。

食欲はありますか？ ふつう 低下している 過剰に食べてしまうことが頻繁にある

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. 現在、もしくは今まで、身体のご病気にかかったことがありますか？

なし あり(病名: _____、_____、_____)

糖尿病(なし あり) 心臓疾患(なし あり・病名_____) 緑内障(なし あり)

⇒現在内服中のお薬はありますか？

なし あり・薬剤名_____

※おくすり手帳をご提示頂ければ、記入を省略して構いません。

6. 元来の(症状が出る前のご自身の性格を教えてください。(複数チェック可)

内向的 社交的 心配性 悲観的 楽観的 短気 凝り性 飽きっぽい 世話好き 協調性がある
責任感が強い マイペース 頑固 我慢強い 気持ちの切り替えが苦手 その他()

7. 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 →詳しく教えてください

(例:○才～○才 △△クリニックに通院、2019年4月～6月××病院に入院 など)

8. 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 短期大学 大学 大学院)卒業 在学中 中退

職歴 (_____才～ _____才)

(_____才～ _____才)

(_____才～ _____才)

(_____才～ _____才)

9. 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⇒(父 _____才 母 _____才)

兄弟姉妹 なし あり(____人中 ____番目)(兄弟の年齢と性別_____)

子供 なし あり(年齢、性別 _____)

結婚歴 未婚 既婚(____才～) 離婚(____才時) 死別(____才時)

配偶者の年齢・職業(____才 _____)

現在の同居中の方(_____)

10. 血縁のあるご家族、ご親戚で心療内科・精神科・神経科などを受診したことがある方、精神の病気にかかったことがある方、自殺で亡くなった方はいますか？(推測でも構いません)

なし あり(ご関係:_____ 病名など:_____)

11. 薬が原因で、発疹などのアレルギーや肝機能障害、その他強い副作用が出たことはありますか？

なし あり(薬剤・症状_____)

12. 嗜好品などについて うかがいます。

飲酒 飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む(1日あたり_____を_____ml 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

13. (女性の方のみ)現在妊娠中ですか？

はい いいえ

14. 診療にあたって、何かご要望がありましたらお書きください。

※ご記入が終わりましたら、受付まで声をかけてください。

※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。