

初診時間診票

令和 年 月 日

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で構いません。

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. 元来のご性格はいかがでしたか？ (複数チェック可)

- 内向的 社交的 神経質 あまり細かいことは気にしない 気は長い 短気 凝り性
- あきっぽい 責任感が強い 気を使いすぎる マイペース

↓ (裏面につづきます)

6. 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)

※現在通院中ですか？ はい いいえ

7. いままで治療された主なところや身体のご病気、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 \_\_\_\_\_)

※現在治療中のご病気はありますか？ なし あり (病名: \_\_\_\_\_)

※現在内服中のお薬はありますか？

なし あり (薬剤名: \_\_\_\_\_)

※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: \_\_\_\_\_)

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 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)、休日出勤 (約 \_\_\_\_日/月)、欠勤 (約 \_\_\_\_日/月)

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 ( \_\_\_\_\_)

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 ( \_\_\_\_\_)

10. 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 \_\_\_\_\_)

11. 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

12. 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 ( \_\_\_\_\_ )

※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。