

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	〒 _____ - _____ _____		今回の来院経緯をお教えてください？ ----- <input type="checkbox"/> 自分が希望して <input type="checkbox"/> 家族・知人の勧めで <input type="checkbox"/> 職場・産業医のすすめで <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)

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・簡単な業務内容 (_____)、現会社の勤続年数 (____年 ____ヶ月程)

就労されている方へ：過去1カ月の時間外労働 (約 ____時間/月)、過去1カ月の欠勤日数 (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)

カフェイン (コーヒー、緑茶、紅茶、エナジードリンクなどの量) (1日あたり ____杯くらい)

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？ (複数チェック可)

薬物治療を希望 薬は使いたくない 漢方を希望 診断書を希望 心理士によるカウンセリング

その他 (_____)