

氏名 \_\_\_\_\_

記入日： 年 月 日

診療に必要な情報です。表・裏の両方にご記入をお願いします。

(1) 症状について

①本日はどのような理由で受診されましたか。一番困っていること、相談したいことをご記入ください。

記入例：なかなか寝付けない、気分が落ち込む、食欲がない など

今回の来院は 自分が希望して 勧められて(誰に: \_\_\_\_\_) その他( \_\_\_\_\_ )

② ①の症状はいつ頃から始まりましたか。 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 頃から

③きっかけとなった出来事やストレスの原因があれば教えてください。

④今までに精神科や心療内科にかかったことはありますか。

はい ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃 どのような症状、病気で \_\_\_\_\_ )

いいえ

⑤ご家族の中で、現在あるいは過去に精神科や心療内科にかかったことがある方はいますか。

はい (どなたが \_\_\_\_\_ どのような症状、病気で \_\_\_\_\_ )

いいえ

⑥現在、困っていることを相談できる方はいますか。

はい (どのような関係の方ですか \_\_\_\_\_ )

いいえ

(2) ご職業について

①現在、お仕事はされていますか。

はい ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月から 職種 \_\_\_\_\_ 役職 \_\_\_\_\_ )

休業中 ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月から )

いいえ

② ①で「はい」と答えた方にお尋ねします。

具体的なお仕事の内容を教えてください。

(3) あなたご自身のことについて

①生まれてから今までのことについて当てはまるものにチェックをつけてください。

生まれた時	<input type="checkbox"/> 未熟児	<input type="checkbox"/> 発達の遅れ	<input type="checkbox"/> けいれん
	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 当てはまるものはない	
学童期・青春期	<input type="checkbox"/> 不登校	<input type="checkbox"/> 引きこもり	<input type="checkbox"/> 大きなけが
	<input type="checkbox"/> 交友関係の問題	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	<input type="checkbox"/> 当てはまるものはない

②過去に大きな病気にかかったことがありますか。

はい ( 心臓疾患・肝臓疾患・腎臓疾患・糖尿病・その他\_\_\_\_\_ )  
いいえ

③現在内科や外科など他の診療科で治療中の病気がありますか。

はい ( 病院・診療所名\_\_\_\_\_ 病名\_\_\_\_\_ )  
いいえ

④食べ物や注射、内服薬のアレルギーはありますか。

はい ( \_\_\_\_\_ )  
いいえ

⑤《女性の方へ》現在妊娠中、あるいは妊娠の可能性ありますか。または授乳中ですか。

はい ( 妊娠中・妊娠の可能性ある・授乳中 )  
いいえ

⑥飲酒・喫煙についてお尋ねします。

飲酒 飲む ( 週・月\_\_\_\_\_回 種類：\_\_\_\_\_ 量：\_\_\_\_\_ )  
飲まない

喫煙 あり ( \_\_\_\_\_本/日 \_\_\_\_\_歳から \_\_\_\_\_年間 )  
なし

⑦睡眠は十分にとれますか。

はい  
いいえ ( 寝つきが悪い・夜間何度も目が覚める・朝早く目が覚める・その他\_\_\_\_\_ )

⑧食欲はどうですか。

問題なし 変化がある ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日頃から 増・減 )

⑨ここ半年間で体重の増減はありましたか。 現在の身長\_\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_\_kg  
変わらない 変化があった ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日頃から \_\_\_\_\_kg 増・減 )

⑩ご家族について教えてください。□には当てはまる箇所にチェックを入れてください。

あなたの出身地 ( _____ )
兄弟姉妹は(あなたを含めて) _____人 あなたは上から _____番目
配偶者 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( _____歳で結婚 ) <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 死別
子供 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( _____人 )
同居者はいますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( あなたとの関係 _____ )

⑪最終学歴を教えてください。

( 学校名 \_\_\_\_\_ ) 卒・中退・在学中

⑫あなたの元々の性格について当てはまるものにチェックをつけてください。

<input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> 楽天的 <input type="checkbox"/> 悲観的 <input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 神経質
<input type="checkbox"/> 真面目 <input type="checkbox"/> 負けず嫌い <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 物静か <input type="checkbox"/> おおざっぱ <input type="checkbox"/> 心配性 <input type="checkbox"/> 流されやすい
<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

⑬あなたの趣味を教えてください。

--

ご協力ありがとうございました。