

# 初めて診察を受けられる方へ

受診日： 年 月 日

ふりがな		性別	職業
お名前		男・女	
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 ( 歳)
ご住所	〒		
電話番号	自宅：		携帯：
	※必要な場合、当クリニック名でご連絡を差し上げてかまいませんか ( はい いいえ )		
緊急時の連絡先 (本人様以外)	氏名： 続柄 ( )	連絡先：	
本日の同伴者	なし ・ あり ⇒氏名：		続柄：
記入者氏名	ご本人 ・ その他の方 ( )		

※以下の質問は差し支えない範囲でご記入ください。お答えが難しい箇所は空欄のままでもかまいません。

## 1、当院をどのようにしてお知りになりましたか。

<input type="checkbox"/> 他院などからの紹介 (施設名 )	<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> 看板
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

## 2、症状についておうかがいします。

・本日受診された主な症状はなんですか。

( )

・その症状はいつ頃から続いていますか。⇒ \_\_\_\_\_

・思い当たるきっかけはありますか。

( )

・今つらいことは、どんなことですか。(複数チェック可)

気分が沈み込む    よく眠れない    不安が強い    人前で緊張する    食欲低下

疲れやすい    落ち込む    いらいらする    話がまとまらない    考えがまとまらない

物忘れ    独り言がある    朝起きるのがつらくなった    よく涙がでるようになった

元気がよすぎる    周囲から嫌がらせされている気がする

動悸がする    吐き気    頭痛    めまい    下痢    死にたい気持ちになることがある

## 3、心療内科・精神科に受診・入院されたことはありますか。

いいえ ・ はい ⇒ いつごろ、どこの医療機関で、通院・入院を下記に記入してください

・平成・令和 年 月 日ごろ 病院 (外来・入院)

・平成・令和 年 月 日ごろ 病院 (外来・入院)



**6、下記にご家族の続柄・年齢・ご職業・健康状態をご記入ください（同居と同居以外の方を別々に）**

（記入例： 夫 56歳、公務員、糖尿病 長女 26歳、会社員、健康）

同居	同居以外のご家族（両親・兄弟姉妹・子など）
・血縁関係にあたる方で、精神科や神経科の病気にかかったり、自殺をしたり、飲酒問題のある方などはいますか？ いいえ ・ はい ⇒（ご関係： 疾患： ）	

**7、生活歴をうかがいます。**

・生育地（ ）
・最終学歴： _____歳時 学校名： _____を <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中
・婚姻について <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚（ _____歳のとき） <input type="checkbox"/> 離婚（ _____歳のとき） <input type="checkbox"/> 再婚（ _____歳のとき） <input type="checkbox"/> その他（ _____）

**8、現在の仕事、経済状況についてうかがいます。**

・現在の仕事はなんですか（職種、部署）⇒ _____
・その仕事はいつからしていますか ⇒ _____
・その仕事についてどのように感じていますか ( _____ )
・現在経済的に何かお困りですか。お困りでしたら具体的に教えていただけませんか。 ( _____ )

**9、社会資源の利用状況についてうかがいます。**

・自立支援医療（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ）	・精神保健福祉手帳（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____級））
・年金（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 障害年金 _____級・ <input type="checkbox"/> 老齢年金・ <input type="checkbox"/> 遺族年金・ <input type="checkbox"/> その他（ _____））	
・デイケア（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ）	・自立支援サービス（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（種類： _____））

☆ご協力ありがとうございました。

(2020.7.14改定)