

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：		連絡先：
	続柄 ()		
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。

<p>・本日受診された主な症状はなんですか。</p> <p>()</p> <p>・その症状はいつ頃から続いていますか。⇒ _____</p> <p>・思い当たるきっかけはありますか。</p> <p>()</p> <p>・今つらいことは、どんなことですか。(複数チェック可)</p> <p><input type="checkbox"/> 気分が沈み込む <input type="checkbox"/> よく眠れない <input type="checkbox"/> 不安が強い <input type="checkbox"/> 人前で緊張する <input type="checkbox"/> 食欲低下</p> <p><input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 落ち込む <input type="checkbox"/> いらいらする <input type="checkbox"/> 話がまとまらない <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない</p> <p><input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 独り言がある <input type="checkbox"/> 朝起きるのがつらくなった <input type="checkbox"/> よく涙がでるようになった</p> <p><input type="checkbox"/> 元気がよすぎる <input type="checkbox"/> 周囲から嫌がらせされている気がする</p> <p><input type="checkbox"/> 動悸がする <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 死にたい気持ちになることがある</p>

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
・ 昭和・平成 年 月 日ごろ 病院 (外来・入院)
・ 昭和・平成 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）
<p>・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： _____）</p>	

7、生活歴をうかがいます。

・生育地（ _____ ）

・最終学歴： _____ 歳時 学校名： _____ を 卒業 中退 在学中

・婚姻について
未婚 既婚（ _____ 歳のとき） 離婚（ _____ 歳のとき） 再婚（ _____ 歳のとき）
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（ 無 有 ） ・精神保健福祉手帳（ 無 有（ _____ 級））

・年金（ 無 有（障害年金 _____ 級・老齢年金・遺族年金・その他（ _____ ））

・デイケア（ 無 有 ） ・自立支援サービス（ 無 有（種類： _____ ））

☆ご協力ありがとうございました。

(2018.3.26作成)