

初診時間診票

年 月 日

フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
お名前			
現住所		同伴者	(続柄)
電話番号	※ 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にしてください。

※お困りのことは何ですか？(いつ頃からどんな症状が出現したなど、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 (または 歳頃)
 ※ 思いあたるきっかけはありますか？ ある () ない

※今つらいことは何ですか？(複数チェック可)

- よく眠れない 不安 緊張 疲れやすい 体がだるい 気力がでない 気分が落ち込む
- イライラする 集中力がでない 考えがまとまらない 胸がドキドキする 息苦しくなる
- 焦りやすい 食欲がない 食欲がありすぎる 元気がない 元気がよすぎる 頭痛 肩こり
- めまい 吐き気 下痢 便秘 死にたい気持ちがある 人とうまく付き合えない
- 周りから嫌がらせをうけているような気がする 周りから見られているような気がする
- いない人の声が聞こえる気がする 家庭内になやみ 薬に対する不安 依存の問題
- その他()

※治療についてのご要望はありますか？(複数チェック可)

- 診断をしてほしい 症状を改善するための薬がほしい 自分の状態を詳しく聞きたい
- カウンセリングを希望(要相談) 仕事・職場について相談したい 日中活動の場について相談したい
- 家族について相談したい 学校生活について相談したい 人間関係について相談したい
- 近所つき合いについて相談したい

※これまでにかかった心療内科・精神科があればお書きください。

医療機関名	治療期間	入院／外来	病名
	年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
	年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
	年 月～ 年 月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	

※上記以外で、これまでにかかった病気やケガがあればお書きください。

医療機関名	病名	通院中／治療終了	内服薬
		<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 治療終了	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 治療終了	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 治療終了	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

※現在おからだのことで気になることはありますか？

ない ある(下欄にご自由にお書きください。)

.....

.....

.....

※性格であてはまるものがありますか？(複数チェック可)

- 社交的 内向的 神経質 気が長い 短気 穏やか 几帳面 真面目 マイペース
責任感が強い あきっぽい 気を使いすぎる その他()

※これまでに発育で何か指摘されてことや心配なされていたことはありますか？

ない ある(下欄にご自由にお書きください。)

.....

.....

.....

※最終学歴にチェックしてください。

- 中学校 高校 専門学校 短期大学 大学 大学院 その他()

※最終学歴の状況にチェックしてください。

- 在学中 卒業 休学中 中退

※職歴についてお書きください。

職種	就労期間	雇用形態	雇用形態

※患者様・家族についてお書きください。

出生地 () 生育地 ()

両親 父 (歳) もしくは 他界

母 (歳) もしくは 他界

兄弟姉妹 兄 (人) 姉 (人) 弟 (人) 妹 (人)

結婚歴 結婚歴なし 結婚している 離婚している 死別している

同居している人 ()

病気の家族 いない いる (病名 続柄)

※身体状態についてお書きください。

アレルギー (具体的に)

アルコール (種類と1日の飲酒量)

たばこ (1日の喫煙量)

※女性の方にお聞きします。

妊娠 している していない その他()

生理 順調 不順 ない その他()

※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。