

初めて受診される方へ

当院は正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いしております。

記入日：令和 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所			
電話番号			

今、一番困っていること、一番つらい症状をご記入ください

その症状はいつ頃からありますか？またきっかけとなる出来事があればご記入ください

当てはまる症状にチェックレをつけてください

- ・ 寝付きが悪い 途中で目が覚める 早く目が覚める 昼夜逆転している 眠りが浅い
- ・ 食欲がない 食べ過ぎてしまう 吐いてしまう
- ・ 動悸・胸痛 呼吸困難感 腹痛・下痢・便秘 頭痛 めまい・ふらつき
- 肩がこる 身体が痛い・しびれる 疲れやすい だるい
- ・ 憂うつで塞ぎ込む 物事が楽しめない やる気が出ない
- 人に会いたくない 消えてしまいたい 死にたいと思う
- ・ 情緒不安定 怒りっぽい おしゃべりがとまらない 興奮しやすい
- ・ 漠然と不安 決まった場所や状況 () が苦手
- 物事を必要以上に確認してしまう 意味のないことを繰り返し考える
- ・ 誰かに悪口を言われている様な気がする うわさされている
- 見張られている気がする いないはずの人の声や物音が聞こえる
- ・ お酒がやめられない 無駄な買い物ばかりしてしまう 薬がやめられない
- ・ 物忘れが困る
- ・ 人間関係で悩んでいる (家族・職場) 仕事が合わない
- ・ その他 ()

今回の来院は 自分が希望して 家族のすすめで その他 ()

精神科・心療内科の受診歴または入院歴はありますか

- ・ ない・あり (いつ頃 病院名)

現在、治療している病気があれば記入してください □なし・□あり ()
現在服用中のお薬はありますか □なし・□あり ()
今までに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか □なし・□あり ()
食べ物や薬・注射のアレルギー（気分が悪くなったり、じんま疹が出る）はありますか □なし・□あり ()
※女性の方へ 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか □いいえ・□はい (□妊娠中 □妊娠の可能性あり □授乳中)

生育歴・生活歴について教えてください

生まれ・育った場所はどちらですか 出生地： 育った場所：
生まれた時：□未熟児 □発達の遅れ □ひきつけ・けいれん □その他 ()
学童期 : □チック □不登校 □ひきこもり □大きな怪我 □その他 ()
最終学歴 □小学校 □中学校 □高校 □大学 □大学院 □専門学校

職業：
趣味：
ご自身の性格について当てはまるものを選んでください □明るい □楽天的 □社交的 □内向的 □礼儀正しい □頑固 □怒りっぽい □神経質 □負けず嫌い □飽きやすい □派手好き □わがまま □気むずかしい □几帳面 □真面目

ご家族について

父は：□健在・□死去 母：□健在・□死去
兄弟姉妹： 人・ご自身は 番目
結婚：□あり・□なし 離婚：□あり・□なし 子供：□いる (人) ・□いない
今、一緒に住んでいる方は誰ですか：
治療にあたり、あなたを一番支えてくれる人は誰ですか：
血縁者で、精神科や心療内科にかかっている方はいますか □いいえ・□はい (続柄： 、病名や症状の内容：)

飲酒はしますか □飲まない・□飲む (週 日) 種類・量： 最終飲酒日 月 日
タバコは吸いますか □吸わない・□吸う (歳～ 本/日) □禁煙した (年前から)
違法薬物を使用したことはありますか □なし・□あり
信仰している宗教はありますか □なし・□あり ()