

記入者： 本人 ・ 母 ・ 父 ・ その他 ( )	
ご本人	ふりがな：
	氏名： ( 男 ・ 女 )
	生年月日： 昭和 / 平成 年 月 日 ( ) 歳
	住所： 〒 -
	自宅電話：
	携帯電話： [本人・母・父・その他( )]
クリニックの名前を出してお電話しても構いませんか ( はい ・ いいえ )	
学校名または職場名：( )	

1. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- ・ 他の病院or相談機関 (具体的な名称： ) ・ 知人 ・ 口コミ
- ・ ホームページ ・ バス広告 ・ 駅広告

2. 受診の目的 (今一番困ってる事&心配な点を出来るだけ詳しくご記入下さい。)

3. 下記の事項で当てはまるものがあれば○印を付けて下さい。

不安感がある イライラする 気分の波が激しい 怒りっぽい 興奮しやすい  
何もする気が起こらない

死んでしまいたいと思う (死ぬ方法を具体的に考えている 自殺未遂をした)

眠れない (寝つきが悪い 夜中に目が覚める 朝早く目が覚める)

食欲がない 性欲がない めまいがする

独り言を言う 他人から悪口を言われているように感じる 周りの人が変な目で見ている  
自分の事が噂されている 人格が変わった 実際にはないものが見えたり聞こえたりする  
物音が気になる 考えがまとまらない

アルコールに依存してしまう 過食をする 食べ吐きをする

体の不調を感じるが医者からどこも異常がないと言われた

その他 ( )

4. いつ頃から症状が始まりましたか？

年 月頃 (または 歳頃から)

5. 何かきっかけはありましたか？

6. 今までに他の医療機関で精神科の治療を受けた事がありますか。( ない・ある )

( )歳頃 (施設名: )

( )歳頃 (施設名: )

7. 今までにかかった主な病気やけがはありますか。

( )歳 (病名: )

( )歳 (病名: )

8. 現在常用している薬はありますか。

ない・ある(薬剤名: )

9. アレルギー性疾患はありますか。( ない・ある )

食べ物アレルギー(食品名: ) 薬アレルギー(薬剤名: )

10. 生育歴についてお聞きます。

・生まれたところ ( )

・育ったところ ( )

・兄弟姉妹 計( )名中 ( )番目

・最終の学校名 ( ) 卒業 / 在学中( 年生) / 中退

11. 職歴について

( )歳頃から( )歳頃まで (仕事内容: )

( )歳頃から( )歳頃まで (仕事内容: )

12. 結婚について

現在は : 独身 / 既婚 今までに : 離婚 ( 回 / 再婚 / 死別 )

結婚時期 : 昭和 / 平成 年 月 ( 歳のとき)

お子様 : ( 名 )

13. 嗜好品

たばこ : 吸わない / 吸う ( 本/1日)

お酒 : 飲まない / 飲む ( 歳から 週に 日)(酒量 /1日)

14. 身体のことについて

身長 : ( cm) 体重 : ( kg)

\*女性のみご記入下さい。

初潮 : ( 歳) 終経 : ( 歳) 生理不順 : ある / ない

ご協力ありがとうございました。なお、この内容は診療以外の目的には使用いたしません。