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. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか　（ はい ・ いいえ ）

2. 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　：　　）紹介状の有無（有 ・ 無）

・ホームページ・知人・口コミ・バス広告・駅広告

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

4. 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（　　）

5. 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）

6. 何かきっかけはありましたか？

7. 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:　　)

8. 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:　　)

9. 現在常用している薬はありますか。（マイナ保険証による情報取得に同意した方は省略可）

ない･ある（薬剤名：　　）

10. この１年間で特定健診を受診しましたか。（マイナ保険証による情報取得に同意した方は省略可）

ない･ある（受診時期：　　）　（指摘事項：　　）

11. 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：　　）

12. 生育歴についてお聞きします。

･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

13.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:　　)

14. 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　)

15.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　　/日)

16.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

現在妊娠中又は授乳中である　　妊娠中　・　授乳中　・　どちらでもない

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。