

ふりがな	性別 男性・女性
お名前	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
ふりがな	電話番号 携帯 (— —) 当院の連絡 可・条件有 ()・不可
お住まい 〒 —	固定 (— —) 当院の連絡 可・条件有 ()・不可
ご職業	緊急連絡先 (ご関係)

1. 当院にいらした理由を教えてください。

2. 現在お困りの症状に○をつけてください。(複数選択可)

- ・不安・緊張・焦り・意欲がない・集中できない・体がだるい・気分が落ち込む・楽しさを感じられない
- ・眠れない(寝つきが悪い/途中で起きる/寝た気がしない/時間が不規則)・食欲がない・体重が減る
- ・悩み事がある(職場で/学校で/家庭で/自分のことで/それ以外で:)
- ・死にたくなる(まれに/ときどき/ほぼいつも)・自傷行為をする(まれに/ときどき/ほぼいつも)
- ・感情が抑えられない(怒り/イライラ/悲しみ/それ以外の感情:)
- ・行動が抑えられない(浪費/暴言/暴力/飲酒/それ以外の行動:)
- ・体調が悪い(頭痛/肩こり/動悸/胸痛/下痢/便秘/めまい/耳鳴り/吐き気/過呼吸/パニック)
- ・物忘れがある・誰かに付きまとわれている・誰かに悪口を言われる・他人とうまく過ごせない
- ・上記以外 ()

3. 上記○をつけた症状はいつごろから続いているか、教えてください。

昭和・平成・令和 年 月ごろから 思い当たるきっかけ ある () / わからない

4. これまでに精神科を受診されたことがあれば、お書きください。(不足する場合裏面に)

医療機関名	受診期間	病名(分かる範囲で結構です)
	昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	
	昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	
	昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	
	昭・平・令 年 月 ~ 昭・平・令 年 月	

5. ご本人のことをおうかがいします。

- ・ 出生地 (都/道/府/県) ・ 生育地 (都/道/府/県)
- ・ 最終学歴 (中/高/短大/専門/大/院) 卒業・在学中 (年生)
- ・ 職歴 (不足する方は、最近数年間のお仕事についてお書きください)

職業・職種	勤務期間
	昭・平・令 年 月 ～ 昭・平・令 年 月
	昭・平・令 年 月 ～ 昭・平・令 年 月
	昭・平・令 年 月 ～ 昭・平・令 年 月
	昭・平・令 年 月 ～ 昭・平・令 年 月

- ・ 薬物・食物・その他のアレルギー (なし/あり)
アレルギーの内容：
- ・ 持病 (現在治療中の病気) (なし/あり)
持病の内容：糖尿病・高血圧・喘息・緑内障・心臓病・それ以外 ()
- ・ 既往症 (過去かかったことのある病気) (なし/あり)
既往症の内容：脳出血・脳梗塞・心筋梗塞・癌・それ以外 ()
- ・ 現在通院中の病院 (なし/あり)
病院名と病名：
- ・ 内服中の薬剤やサプリメント (なし/あり)
薬剤やサプリメントの内容：
- ・ 薬剤やサプリメントで副作用が出た経験 (なし/あり)
経験した副作用の内容：
- ・ 喫煙 (なし/禁煙中/あり：1日 本) ・ 違法薬物の使用経験 (なし/あり：)
- ・ 飲酒 (なし/あり： 週/月に 日程度 日本酒/ビール/ワイン その他)

6. ご家族についておうかがいします。

- ・ 同居されているご家族 夫/妻・父・母・兄弟/姉妹 (人) ・ 娘/息子 (人)
上記以外のご家族または同居人：
- ・ ご家族で精神科の治療を受けた経験 (なし/あり)
治療経験のある方のご関係：
病院名と病名：
- ・ ご家族は本日の受診をご存じですか (はい/いいえ)

7. 当院をどのようにお知りになりましたか？

8. 医師に特に伝えておきたいことがあればお書きください。



ありがとうございました。書き終えましたら受付にお持ちください。