

初診時間診票

令和 年 月 日

ふりがな

氏名： _____ 男・女 生年月日：S・H 年 月 日（ 歳）

ご住所：〒 _____

ご連絡先： _____

当院はどこでお知りになりましたか？

- 他の医療機関から聞いて 看板 インターネットの検索 知人から聞いて その他

※以下の質問は、差し支えない範囲でご記入いただき、お答えが難しい箇所は空欄のままで構いません。

1. 現在の症状について教えてください（いつ頃からどんな症状が出たか等）

[_____]

・最初に症状が出たのはいつ頃ですか？（ 年 月頃から）または（ 歳頃から）
思い当たるきっかけはありますか？ ない ある（ _____ ）

2. 今つらいこと・困っていることはどんなことですか？（複数チェック可）

- 眠れない 朝起きるのがつらい 疲れやすい 体がだるい 気力がない 気分が落ち込む
不安感 胸がドキドキする 息苦しくなる 考えがまとまらない 集中力がなくなった
涙が出る イライラする 気持ちが焦る 食欲がない 食欲がありすぎる 元気がよすぎる
頭痛 肩こり めまい 吐き気 下痢または便秘がひどい
周りから嫌がらせを受けていると感じる 死にたい気持ちになることがある お酒でのトラブル

3. 睡眠について

- ・夜はよく眠れますか？
なかなか寝付けない 途中で目が覚める 眠りが浅い 朝早く目が覚める 眠れる
・平均の睡眠時間はどのくらいですか？（約 _____ ～ _____ 時間程度）
・平均的な就寝・起床時間は何時頃ですか？（就寝： _____ 時頃）（起床： _____ 時頃）

4. 食事について

- ・食欲はありますか？ はい いいえ ムラがある
・体重の変化はありますか？ はい（ここ _____ ヶ月で _____ k g の減少・増加） いいえ

5. お薬や食べ物でアレルギーや副作用を起こしたことはありますか？

なし あり（内容： _____ ）

6. 元来の性格はいかがでしたか？

- 内向的 社交的 神経質 あまり細かい事は気にしない 気は長い 短気 凝り性
あきっぽい 責任感が強い 気を使いすぎる マイペース

※裏面につづきます

7. これまでに、心療内科や精神科を受診されたことはありますか？

ない ある（ある方は下記も記入してください）

・ _____年 _____月～ _____年 _____月まで 医療機関名 _____ 入院 外来

・ _____年 _____月～ _____年 _____月まで 医療機関名 _____ 入院 外来

・ _____年 _____月～ _____年 _____月まで 医療機関名 _____ 入院 外来

※現在通院中ですか？ はい いいえ

8. 治療歴について

- ・糖尿病 なし あり ・緑内障 なし あり ・高血圧 なし あり
- ・心臓疾患 なし あり（病名 _____） ・肝臓疾患 なし あり（病名 _____）
- ・手術歴 なし あり（ _____ ）
- ・現在治療中のご病気 なし あり（病名： _____）
- ・現在内服中のお薬 なし あり（薬剤名： _____）

※血縁のご家族で心療内科・精神科・神経科などを受診されたことがある方はおられますか？

なし あり（ご関係： _____ 病名： _____）

9. 生育歴・教育歴・職業について

- ・主な生育地（ _____ ）
- ・最終学歴（中学校 高校 専門学校 大学 大学院） 卒業 在学中 中退
- ・現在のご職業（例 30歳～飲食業等： _____ 歳～ _____ ）
勤務時間（ _____ 時間/日 × _____ 日/週） 残業時間（約 _____ 時間/月）
欠勤 なし あり

10. ご家族について

- ・ご両親は健在ですか？ はい いいえ（ _____ ）
- ・兄弟姉妹 なし あり（ご自身は： _____ 人中 _____ 番目） 現在同居中の方（ _____ ）
- ・結婚歴 未婚 既婚 離婚 ・子供 なし あり（ _____ 人）

11. 飲酒・タバコなどについて

- ・お酒 ほとんど飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む（一日 _____ を _____ 本くらい）
- ・タバコ 吸わない 吸う（一日 _____ 本）（喫煙年数 _____ 年）
- ・シンナー 覚せい剤 大麻 LSD MDMA などの使用歴 なし あり

12. 診療にあたってご希望などございますか？

診断について聞きたい 治療について聞きたい 短時間で診てもらいたい
その他（ _____ ）

※ご記入が終わりましたら受付までお声掛けください。

ご協力ありがとうございました。