

ご本人のご記入が難しいときは、付き添いの方にご記入頂いて結構です。

(ふりがな) お名前	_____ ( 歳)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	性別	<input type="checkbox"/> 男性
				年	月	日		<input type="checkbox"/> 女性
ご住所	〒 _____							
TEL	_____ ( )							
出身地	_____	結婚歴	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚	( 回目 直近の結婚年齢	歳)	<input type="checkbox"/> 離婚	( 回)	
緊急連絡先(本人以外)	_____	お名前	_____	関係	_____			

代筆の場合、ご記入ください

(ふりがな) お名前	_____	関係	_____
---------------	-------	----	-------

1). どのようなことがお困りで来院されましたか？ 当てはまるものに○を付けてお答えください。

- |                         |             |                     |                |
|-------------------------|-------------|---------------------|----------------|
| 寝付きが悪い                  | 途中で目が覚める    | 早く目が覚める             | 昼夜逆転してしまう      |
| 食欲がない                   | 食べすぎてしまう    | 吐いてしまう              | 下剤を使ってしまう      |
| めまい・ふらつき                | 呼吸困難・窒息感    | 腹痛・下痢・便秘            | 頭痛・頭重感         |
| 肩こり                     | 体が痛い・しびれる   | 動悸・胸痛・胸部圧迫感         | だるい・疲れやすい      |
| 物忘れが困る                  | 漠然と不安       | 憂うつでふさぎ込む           | 物事が楽しめない       |
| 引きこもってしまう               | 人に会いたくない    | 消えてしまいたい            | 死にたいと思う        |
| やる気が出ない                 | 自傷してしまう     | くよくよする              | 急に涙が出てくる       |
| 情緒不安定                   | おしゃべりがとまらない | 興奮しやすい              | 怒りっぽい          |
| 乗り物、人混み、人前など特定の場所や状況が苦手 |             | 必要以上に確認してしまう        | 意味のないことを何度も考える |
| ひとりごとを言う                | うわさされている    | 誰かに悪口を言われているような気がする |                |
| いないはずの人の声や物音が聞こえる       |             | 見張られているような気がする      |                |
| 人間関係で悩んでいる              | 仕事が合わない     | いじめにあっている           | 発達障害かもしれない     |
| PC、ゲーム、スマートフォンがやめられない   |             | 家事・仕事・勉強が手に付かない     |                |
| 性依存                     | 処方薬がやめられない  | 飲酒がやめられない           | 違法薬剤がやめられない    |
| パチンコなどのギャンブルがやめられない     |             | 無駄な買い物ばかりしてしまう      |                |

その他: \_\_\_\_\_

2). 上記の症状で悩み始めたのはいつ頃からですか？ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃

きっかけ: \_\_\_\_\_

3). 現在、服用されているお薬があればお書きください。

\_\_\_\_\_

4). 最後に健康診断を受けたのはいつですか？ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃

**裏面のご記入もお願いします**

5). 当クリニックで一般診療(おもに薬物療法)以外に希望されていることはございますか？

- お薬の処方      漢方の処方      セカンドオピニオン      カウンセラーによるカウンセリング  
職場・学校・に提出する診断書、書類の作成      その他\_\_\_\_\_

6). 主な通院歴(入院含む)【 病名・医療機関名・治療期間をご記入ください 】

医療機関名	病名	外来・入院	治療期間	診療科名
		外来・入院	年 月 ~ 年 月	科
		外来・入院	年 月 ~ 年 月	科

その他通院歴があれば御利用ください

---

---

7). 現在「障害者年金」「障害者福祉手帳」「身体障害者手帳」など公的支援を受けている方はご記入ください。

- 障害者年金 ( 級)     障害者福祉手帳 ( 級)     身体障害者手帳 ( 級)     自立支援医療制度  
 その他(訪問看護などのサービスを含む):\_\_\_\_\_

8). 職歴【 職種・勤続期間・雇用体系(社員、派遣、パート) 】

現在	職種: _____ <input type="checkbox"/> 社員 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート
	勤続期間: 年 月 ~ 年 月
過去	職種: _____ <input type="checkbox"/> 社員 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート
	勤続期間: 年 月 ~ 年 月

・その他職歴があればご利用ください

---

---

---

9). 学歴

- 小学校    中学校    高校    専門学校    短大    大学    大学院    その他(成績: よい 普通 悪い )  
【 在学中    中退    卒業 】校名:\_\_\_\_\_

10). 食事・薬剤などで体調不良・発疹・アレルギーなどを起こしたことはありますか？

- ない    ある    食べ物・お薬名:\_\_\_\_\_

11). 現在、自動車・バイクを運転しますか？

- 週5日以上運転する     時々運転する     しない

12). 当院を知ったきっかけは何ですか？

- インターネット    看板、広告    雑誌    雑誌名: \_\_\_\_\_    紹介: \_\_\_\_\_

ご回答ありがとうございました。個人情報厳格に守秘し、診療で有効に利用いたします。