

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			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
	(歳)			年	月	日		<input type="checkbox"/> 女性 (<input type="checkbox"/> 妊娠中)
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	

代診の場合、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・勤務期間・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
	勤務期間: _____
過去	職種: _____ <input type="checkbox"/> 社員 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート
	勤務期間: _____

・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。