

記入日： 年 月 日

記入者：本人・その他（ ）

フリガナ お名前	性別 男・女・その他 (性自認含む)
生年月日 T・S・H・R 年 月 日	年齢 才
現住所 〒	電話 () 携帯 ()

① 当院をどこでお知りになりましたか？
Web 友人 当院通院中の方 その他

② 緊急時連絡先
氏名： 続柄：
電話番号：

③ 受診の目的 (複数選択可)
A) 診断 (書) と治療を希望
B) 治療のみを希望
C) その他 ()

④ 家族構成 (同居の方に○をつけて下さい)

配偶者 父 母 兄 姉 弟 妹
祖父 祖母 叔父 叔母 他親類
子供 男 () 歳 () 歳 () 歳
女 () 歳 () 歳 () 歳
その他 ()

⑤ 職業・職種 / 教育歴 (名称不要) / 出身地

⑥ 薬物アレルギー (有・無)

⑦ 現在服用中の薬 (常備薬・名称わかる範囲で)

⑧ その他 (嗜好品)
たばこ 1日 本ぐらい

アルコール(種類 1日又は1週間の量)
日本酒 ビール 酎ハイ その他を
1週間に 日:1日に 何本 位
コーヒ 杯/日 位
紅茶 日本茶 杯/日 位

⑨ 今つらい事は、どんな事ですか。
下記よりいくつでも○で囲んで下さい。

- 不安感・緊張感・悲哀感 (涙もろい) ・焦燥感
- 興奮・イライラ・躁状態 (多弁/多動)
- 攻撃性(ムツとする/カッとする) ・自傷行為
- 意欲低下・集中力低下・憂鬱・希死念慮等
- 幻聴・被害的思考・悲観的思考・妄想 ()
- 不眠(寝付けない・中途覚醒・早朝覚醒) ・過眠
- 肩こり・疲労感・けいれん・パニック発作
- 胸内苦悶・言動がおかしい・物忘れ・痴呆
- 食欲不振・体重減少・拒食・過食・嘔吐
- 動悸(ドキドキ) ・頭痛・下痢・便秘・吐き気
- その他 () (詳細は裏面にお書きください)

⑩ 心療内科等受診歴・服薬歴について

⑪ ⑩以外の受診歴・服薬歴について
・緑内障・ぜんそく・重症筋無力症・前立腺肥大
・糖尿病・心臓病・高血圧・出血性疾患
・その他 ()
()
・現在通院中の施設 ()
()

⑫ 女性の方へ ○ 又は × でご記入ください。
妊娠されていますか。 ()
授乳中ですか。 ()
(続いて裏面にもご記入ください)

