

記入日： 20 年 月 日 記入者： (続柄)

フリガナ				男 ・ 女	生年月日	西暦	年	月	日
氏名							(歳)	
住所	〒								
電話番号	自宅			携帯					
職業		身長	cm	※体重	kg	体温	°C		

◆現在お困りの症状は何ですか？

例：眠れない…など

◆いつ頃からですか？

◆思い当たる原因やきっかけは何ですか？

◆当院を受診するに至った動機や目的を教えてください

◆現在の通っている病院・施設からの紹介状・検査結果等をお持ちですか？

ある (診察前に受付へご提出ください) ・ ない

◆転院を希望しますか？

はい ・ いいえ ・ 検討中

◆精神科・心療内科に受診歴はありますか？

ある (下記に病院名と通っていた時期と症状や病名等をご記入下さい) ・ ない

例：☆○クリニック 2015年4月～2024年1月 不眠症 脳波測定

◆精神科・心療内科以外に通っている病院はありますか？

ある (下記に病院名 (何科) と時期と病名をご記入下さい) ・ ない

例：△◆クリニック (内科) 2024年4月～現在 高血圧、緑内障

◆お薬を飲んでいますか？ (塗る・点眼等を含む) ※あてはまる方に○をつけて下さい

※ある ・ ない

※紹介状や検査結果、お薬服用中の方はお薬手帳など詳細が分かるものを受付時にご提示下さい

◆睡眠について

※あてはまる番号全てに丸をつけて下さい

<布団に入る時間：AM・PM 時頃 / 布団から出る時間：AM・PM 時頃 / 昼寝：なし・あり>

- (1) 問題ない
- (2) 中々寝付けない (時間くらい)
- (3) 寝ている途中で目が覚める (時間： 時頃 / 回数： 回くらい)
- (4) 明け方早くに起きてしまう (時間： 時頃 / その後寝付ける ・ その後寝付けない)
- (5) 良く寝た感じが得られない (日中の生活に支障： あり ・ なし)

◆食事について

※あてはまる番号全てに丸をつけて下さい

- (1) 問題ない
- (2) 食べ過ぎる (量・内容： 食後 ポテチ 2袋など)
- (3) 食べられない
- (4) その他 (嘔吐など)

◆体重： 減った (- kg) ・ 変わらない ・ 増えた (+ kg)

◆薬や食べ物でアレルギーはありますか？ ない ・ ある ()

◆飲酒： 飲まない ・ 時々 ・ 毎日 (お酒の種類・量： /日)

◆便秘： 普通 ・ 下痢 ・ 便秘

◆月経： 定期的 ・ 不定期 (その他： 無月経、閉経、ピル服用など)

◆妊娠の可能性： している ・ 可能性がある ・ ない

◆現在通学中の学校： (学科：) 年生 / 通学状況：

◆最終学歴： 学校名 (学科：) 卒業 ・ 退学 / 学業成績： 低・中・高

◆現在の職種と役職 (アルバイト含む)： いつから：

◆職歴：

◆休学・休職したことはありますか？ ない ・ ある (時期：)

◆習い事・部活・サークル・趣味： 頻度：

◆ご家族について

父： 歳 職業 健康・死亡・病気がち (病名：)

母： 歳 職業 健康・死亡・病気がち (病名：)

兄弟姉妹： 人 → 歳 (男・女)、 歳 (男・女)、 歳 (男・女)、 歳 (男・女)

配偶者： 歳 職業 健康・死亡・病気がち (病名：)

子ども： 人 → 歳 (男・女)、 歳 (男・女)、 歳 (男・女)、 歳 (男・女)

現在同居している方：

血縁者で精神科・心療内科を受診したことがある方はいますか？ いる ・ いない

間柄： 症状： (医療機関名：)

◆現在ご利用されている福祉制度やサービスはありますか？ (例：訪問看護、デイサービス、福祉手帳 など)

ない ・ ある → 内容：

時期：

◆他に気になることがあればご記入下さい

Empty box for additional information.