

初診時間診票

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
お名前	男・女		
現住所	〒 _____ - _____		当院はどこでお知りになりましたか？
	※当院までの来院手段 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 西鉄電車 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		<input type="checkbox"/> 他の医療機関から聞いて <input type="checkbox"/> 知人から聞いて <input type="checkbox"/> インターネット (当院HP・Google・Yahoo!・他) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
ご連絡先	_____	_____	(自宅・携帯・勤務先)
	_____	_____	(自宅・携帯・勤務先)

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

1. お困りのことは何でしょうか？ (いつ頃からどんな症状が出現したかなど、ご自由にお書きください。)

.....

.....

.....

.....

.....

※最初に症状が出現したのはいつ頃ですか？ : _____年 _____月頃から (または _____歳頃)

※思い当たるきっかけはありますか？ : ある (_____) ない

2. 今つらいことは、どんなことですか？ (複数チェック可)

- 眠れない 疲れやすい 体がだるい 気力がない 不安感 胸がドキドキする 息苦しい
- 気持ちが落ち込む 考えがまとまらない 集中力がない 落ち着かない じっとしてられない
- いらいらする 気持ちが焦る 朝起きるのがつらい 元気がよすぎる 食欲がない 食欲がありすぎる
- 頭痛 肩こり めまい 吐き気 下痢または便秘 死にたい気持ちになることがある
- 周りからいやがらせを受けているように感じる お酒がやめられない ギャンブルがやめられない

3. 睡眠について

夜は良く眠れますか？ はい いいえ (いいえの方は以下の項目にもチェックをお願いします)

寝つきが悪い 途中で目が覚める 朝早く目が覚める 眠りが浅い (複数チェック可)

平均睡眠時間はおよそどのくらいですか？ 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. 食欲について

食欲はありますか？ はい いいえ

体重の変化はありますか？ はい (ここ _____ヶ月で _____kg の 減少・増加) いいえ

5. 元來のご性格はいかがでしたか？ (複数チェック可)

内向的 社会的 神経質 あまり細かいことは気にしない 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

6. これまで、心療内科や精神科などを受診されたことはありますか？

ない ある

(____年____月～____年____月まで 医療機関名: _____ 入院 外来 病名: _____)

(____年____月～____年____月まで 医療機関名: _____ 入院 外来 病名: _____)

(____年____月～____年____月まで 医療機関名: _____ 入院 外来 病名: _____)

※現在通院中ですか？はい いいえ

7. いままで治療された主なところや身体のご病気、手術歴などについて

なし あり (病名: _____、_____、_____)

糖尿病 (なし あり) 心臓疾患 (なし あり・病名_____) 高血圧 (なし あり)

緑内障 (なし あり) 肝臓疾患 (なし あり・病名_____)

※現在治療中のご病気はありますか？ なし あり (病名: _____)

※現在内服中のお薬はありますか？

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: _____)

8. 生育歴・教育歴・職業歴についておうかがいします。

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 (_____) 転職なし あり (____回)

就労されている方へ: 平均残業時間 (約____時間/月)、休日出勤 (約____日/月)、欠勤 (約____日/月)

9. ご家族についておうかがいします。

両親はご健在ですか？ はい いいえ (_____)

兄弟姉妹 なし あり (____人中____番目) 子供 なし あり (____人)

結婚歴 未婚 既婚 離婚 現在の同居中の方 (_____)

10. お薬や食べ物が原因で、発疹や肝障害などのアレルギーを起こしたことはありますか？

なし あり (症状_____)

11. 飲酒やたばこなどについて

飲酒 飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む (1日あたり____ [種類] を____ [量] 程度)

喫煙 吸わない 吸う (1日あたり____本くらい、喫煙を始めて____年)

シンナー・覚せい剤・危険ドラッグ・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？ (よければご記入ください)

診断について聞きたい 治療について聞きたい その他 (_____)

※ご記入が終わりましたら受付にお渡してください。

※ご記入いただきました個人情報は厳重に管理し、診療に関する範囲を超えて利用することはありません。