

年 月 日

# 初診時間診票

\*以下の問診は診察の参考になります。お手数ですが、分かる範囲・書ける範囲で構いませんのでご記入ください。  
\*後ほど詳しいお話をお伺いいたしますので、簡単なご記入で構いません。

フリガナ		男	生年月日	大正	年 月 日 ( 歳)
氏名		女		昭和	
				平成	
住所				電話 番号	自宅: 携帯:

\*ご本人様に連絡が取れない場合の連絡先を下記へお願いします(家族・知人等)

フリガナ		家族(続柄: )・知人	
氏名		電話 番号	自宅: 携帯:

1.お困りのことは何でしょうか?(症状や悩みなどご相談されたいこと)

[ ]

\*いつ頃からですか? \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月ごろ

\*思い当たるきっかけはありますか?  なし  ある

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  気力が無い  不安感  胸がドキドキする  息苦しくなる  
 気分が落ち込む  考えがまとまらない  集中力がなくなった  よく涙が出るようになった  
 死にたい気持ちになることがある  気持ちが焦りやすくなった  朝起きるのがつらくなった  
 食欲がない  食欲がありすぎる  頭痛  肩こり  めまい  吐き気  
 下痢または便秘がひどい  イライラする  元気が良すぎる  
 周囲から嫌がらせを受けているように感じる  現実ではありえないものが見えたり・聞こえたりする

3.今までに、精神科・心療内科等で治療を受けたことがありますか?

- ない  
 ある

年 月 より 年 月 まで (医療機関名: ) 通院・入院  
年 月 より 年 月 まで (医療機関名: ) 通院・入院  
年 月 より 年 月 まで (医療機関名: ) 通院・入院

4.今までの身体の病気、治療歴について

- ない  
 ある ( )

\*現在、治療中のご病気はありますか?

- ない  
 ある ( )

\*現在、内服中の薬はありますか?

- ない  
 ある ( )

↓裏面に続く

5. 出生地・生活史についてお書き下さい

出生地( ) 最終学歴 ( )  
現在の職業 ( ) 婚姻歴 ( )

6. 元来の性格はいかがでしたか?

内向的  社交的  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  飽きっぽい  責任感が強い  気を遣いすぎる  マイペース

7. ご家族について教えてください

お名前	年齢	続柄	お名前	年齢	続柄
	( 歳)	( )		( 歳)	( )
	( 歳)	( )		( 歳)	( )
	( 歳)	( )		( 歳)	( )

8. その他(嗜好品)

\*たばこ 吸う・吸わない ( )本/日  
\*アルコール 飲む・飲まない (種類 ・ ml 日/週)  
\*アレルギー ない・ある ( )  
\*違法薬物使用 ない・ある  
(危険ドラッグ含む)

9. 女性の方にお尋ねします

\*妊娠の可能性 ない・ある  
\*現在生理は 順調・不順・ない  
\*閉経 ( 歳)

10. 一日の生活について教えてください

起床 \_\_\_\_\_ 時 {  
就寝 \_\_\_\_\_ 時 }

11. 当院をどちらでお知りになりましたか(該当する項目に○をしてください)

・ホームページ・医療機関・行政機関からの紹介・パンフレット・知人家族から聞いた  
・住まいや職場が近い・看板を見た・その他( )

※ご協力ありがとうございました。

※ご記入が終わりましたら、受付までお声かけ下さい。

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