

※当院は、保険請求業務に使用するため皆様の保険証をスキャンしています。ご了承ください。受付にお申し出ください。

ふりがな		記入日	年	月	日	
氏名		生年月日	年	月	日	歳
電話番号	携帯	住所	〒 ()			
	自宅					

お電話の際、クリニック名をお出ししてよろしいですか？ はい ・ いいえ→ (ご希望の名乗り方：)

1. ご相談内容をご記載ください。例) 不安な気持ちが続いていて処方を希望している。

2. 現在、当てはまる項目をチェックしてください。(複数項目チェック可です。)

- やる気がでない 疲れやすい いらいらする 何をしても楽しくない
- 物事に集中できない 急に気分が落ち込む、不安になる 気分が高くなる
- なんとなく不安・恐怖感がある 人前に出ると緊張し、動悸がする・息苦しい
- 突然息苦しくなる、動悸がする、めまいがする 電車、バス、飛行機に乗れない
- 人目が気になる・ずっと見られている感じがする 悪口を言われている気がする
- 他人の考えが分かったり、自分の考えがまわりに伝わっている感じがする
- 誰もいないところで声が聞こえる 自分が自分じゃない気がする
- 何度手を洗ってもきれいじゃない気がする 汚れが気になる
- 自分で自分の体を傷つけてしまう 死にたい気持ちがある
- アルコールに依存してしまう 薬物を使用している・したことがある
- 物忘れが多い・スケジュール管理が苦手 突然予定が変更されると、パニックになる
- 場の空気が読めない 物の順番や位置が気になる

3. 1や2の症状はいつからありましたか？ 例) 1年前から、28歳くらいから、2024年1月くらいから

4. 症状がでるきっかけに思い当たることはありますか？ある方は、差し支えない範囲で教えてください。

ない ・ ある → きっかけ：

5. 現在の当てはまる状態に○をしてください。

- ◇ 睡眠 : 問題ない ・ 眠れない ・ 眠りすぎる
- ◇ 食欲 : 問題ない ・ 食べられない ・ 食べすぎる
- ◇ 便秘 : 問題ない ・ 便秘 ・ 下痢

6. 嗜好品について教えてください。

◇ たばこ：吸わない ・ 吸う (歳～ 本/日)

◇ お酒 : まったく飲まない ・ 飲む (歳～ 月に 日程度) (1日 ml)

7. アレルギーはありますか？

ない・ある (薬品名・食品)

8. 服薬中のお薬はありますか？ (服薬中の方で本日お薬手帳お持ちでしたらご提出をお願いします。)

ない・ある (薬品)

9. 過去に精神科通院歴はありますか？

ない・ある (病院名： 時期：)

上記であると答えられた方、診断名はきいていますか？いいえ・はい (診断名：)

10. 今までに大きなけがや病気で入院や通院をしたことはありますか？

ない・ある (病名： 病院： 時期：)

11. ご家族について教えてください。

(お名前) (年齢) (続柄) (同居・別居) (職業)	精神科受診歴
() (歳) () (同居・別居) ()	有・無
() (歳) () (同居・別居) ()	有・無
() (歳) () (同居・別居) ()	有・無
() (歳) () (同居・別居) ()	有・無
() (歳) () (同居・別居) ()	有・無
() (歳) () (同居・別居) ()	有・無

12. 結婚について教えてください。

現在 : 独身 ・ 既婚 (結婚の時期： 年 月 歳)

今までに : 離婚 () 回 ・ 再婚 ・ 死別

13. 生活史について教えてください。

現在の職業は？ () (年 月から)

以前の職業は？ () (年 月から 年 月まで)

() (年 月から 年 月まで)

() (年 月から 年 月まで)

最終学歴は？ (卒業 ・ 中退)

14. 女性の方のみお答えください。現在、授乳中・妊娠中・妊娠の可能性はありますか？

いいえ ・ 授乳中 ・ 妊娠中 (カ月) ・ 妊娠の可能性あり (妊活中も含む)

15. マイナ保険証をご利用いただく際、当院が診療情報を取得することに同意いただけますか？

はい ・ いいえ

16. 自由記述欄 (ご希望、不安なことなど前もってスタッフに伝えておきたいことございましたらご記載ください。)