

診察前に必要事項をご記入いただいております。

_____年 月 日

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 歳

ご職業 _____

記入者 ご本人 ・ ご家族 ・ 付き添いの方

緊急連絡先をご記入ください

お名前 _____ 電話番号 _____ (続柄 _____)

受診は: ご本人の意思で・周囲にすすめられて・他院の紹介で(名称: _____)

① どのような症状でお困りですか？(受診された一番大きな理由をお書きください)

② いつ頃から症状が出ましたか？ (_____ 年 月 日頃から)
きっかけがあればお書きください (内容: _____)

③ その症状の経過を教えてください

④ 現在の症状で当てはまるものに○をつけてください。

不安が強い イライラする 気分が落ち込む 意欲が出ない 食欲がない 眠れない
集中力が落ちている 痛みや身体の異常が気になる 死にたい気持ちがある
注意力が低下している 興奮・怒りやすい パニックになる 動悸・息苦しさがある
幻覚(幻視・幻聴)がある 考えがまとまらない 周囲から嫌がらせを受けている
もの忘れがある 同じ話を何度もする 日時や場所がわからない おかしな行動をする

睡眠: 良・不良 (寝つけない・途中で目が覚める・朝早く目が覚める)

食欲: 良・不良 体重変化 ヶ月で kg(増・減)

便秘: 良・不良 (下痢・便秘) 排尿: 良・不良 月経: 順・不順 閉経: _____ 歳(女性のみ)

⑤ 心療内科・精神科・脳神経内科・脳外科・カウンセリングを受診したことがありますか？(ある・ない)

医療機関名	治療期間	外来・入院	病名
(_____)	(_____ 年 月 ~ _____ 年 月)	(外来・入院)	(_____)
(_____)	(_____ 年 月 ~ _____ 年 月)	(外来・入院)	(_____)
(_____)	(_____ 年 月 ~ _____ 年 月)	(外来・入院)	(_____)

⑥ 定期的に通院治療をしているご病気はありますか？（ある・ない）

高血圧（ある・ない） 糖尿病（ある・ない） 脂質異常症（ある・ない） 緑内障（ある・ない）

現在、心臓の病気（不整脈、狭心症、心筋梗塞、心不全）の治療を受けていますか？（はい・いいえ）

健康診断や心電図検査を行って、何らかの異常を指摘されたことがありますか？（はい・いいえ）

⇒いつ頃、どのような指摘でしたか？（ 年 月頃）（ ）

失神を起こしたことがありますか？（はい・いいえ）

これまでに大きな病気で、入院や手術をしたことはありますか？

医療機関名

治療期間

病名

（ ）（ 年 月～ 年 月）（ 外来・入院 ）（ ）

（ ）（ 年 月～ 年 月）（ 外来・入院 ）（ ）

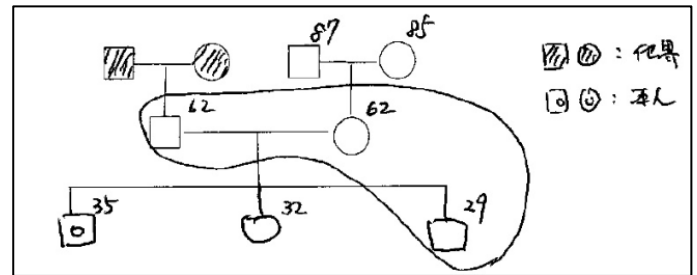
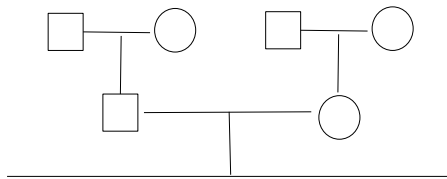
（ ）（ 年 月～ 年 月）（ 外来・入院 ）（ ）

⑦ 現在、内服しているお薬があればお書きください。

薬剤名：

⑧ お薬・食べ物などでアレルギーがあればお書きください。（内容： ）

⑨ ご家族構成について記載してください（同居されている方がいましたら例の様に囲んでください）



血縁の方で心療内科・精神科・メンタルクリニックに通院されている（いた）方は？ いない・いる

⑩ これまでの生活について教えてください（お生まれの場所、住んだ場所、職歴、婚姻歴など）

最終学歴： （成績：良・中・不良）

宗教：特になし・あり（ ）

趣味：

飲酒： 歳頃から1日 （週 日）

煙草： 歳頃から1日 本

その他嗜好品：

⑪ ご自身の性格について教えてください

その他、ご心配なことや、特にお話しされたいことなどがありましたら、お書きください。

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたらお呼びいたしますので、お待ちください。