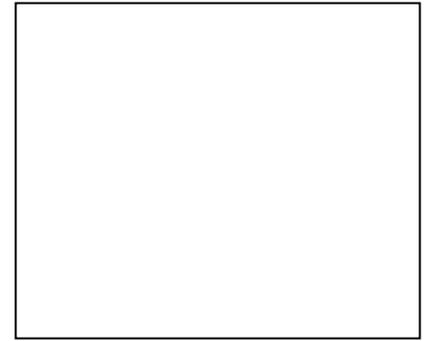


受診日：平成 年 月 日



初めて受診される方へ

★診察を受ける前に、以下の質問にお答えください。

氏名：_____ 性別：男・女 未婚・既婚・離別

生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日 年齢：_____ 歳

現在同居中の家族：□夫・妻 □父親 □母親 □子ども（具体的に：_____）

□兄弟姉妹（具体的に：_____） □その他（具体的に：_____）

当院をどちらでお知りになりましたか？（_____）

①今回、受診された目的は何ですか？または、どのようなことでお困りですか？

②次のような症状はありますか？

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 不眠（眠れなくて苦しい） | <input type="checkbox"/> 食欲がない、もしくはありすぎる |
| <input type="checkbox"/> 体重が急に減った、もしくは増えた | <input type="checkbox"/> 頭が働かない、決断ができない |
| <input type="checkbox"/> 死にたい、消えたい気持ちがある | <input type="checkbox"/> 不安が強い（常に悪いことを考えてしまう） |
| <input type="checkbox"/> 疲労感（休んでも疲れがとれない） | <input type="checkbox"/> 吐き気、めまい、頭痛、肩こりなど |
| <input type="checkbox"/> 便秘、もしくは下痢が続く | <input type="checkbox"/> 胸が苦しい、動悸がする、手足が震えるなど |
| <input type="checkbox"/> 月経不順や激しい月経痛がある | |
| <input type="checkbox"/> その他、気になる症状（_____） | |

③今までに、心療内科・精神科などを受診されたことがありますか？

いいえ はい

いつごろ：_____

病院名：_____

受診理由： 今回と同じ症状があったため その他

病名： なし あり わからない

お薬： なし あり（現在も 飲んでいる 飲んでいない）

④今までに病気やけが（交通事故を含む）をしたことがありましたら、お書きください。

- ・ _____ 歳：(病名) _____ (入院・手術・薬物療法)
- ・ _____ 歳：(病名) _____ (入院・手術・薬物療法)
- ・ _____ 歳：(病名) _____ (入院・手術・薬物療法)

⑤嗜好品についてお尋ねします。

- ・ お酒は飲みますか？ いいえ はい（毎日・週_____日程度・機会がある時のみ）
- ・ タバコは吸いますか？ いいえ はい（1日_____本）

⑥アレルギーはありますか？ いいえ はい（以下の項目にチェックしてください）

- 喘息 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 アレルギー性結膜炎
- 食べ物(_____) 薬物(_____) その他(_____)

⑥以下の病気と診断されたことがありますか？

いいえ はい（以下の項目にチェックしてください）

- 緑内障 前立腺肥大症 けいれん 高血圧 糖尿病 脳卒中

*現在、上記以外の病気で通院中ですか？ いいえ はい

(病名) _____ (病院名) _____

★差しさわりがなければ、以下の質問にお答えください。

⑧子どものころに、今回と似たような症状を経験したことがありますか？

いいえ はい

⑨学校や職場を長期間（2週間以上）休んだことはありますか？

いいえ はい

⑩最後に卒業した学校を教えてください。

学校名： _____ 年 _____ 月 (_____ 歳) 卒業

⑪職歴について、お尋ねします。

- ・ 現在 _____ : (会社名) _____ (仕事内容) _____
- ・ _____ 歳：(会社名) _____ (仕事内容) _____
- ・ _____ 歳：(会社名) _____ (仕事内容) _____
- ・ _____ 歳：(会社名) _____ (仕事内容) _____

ご協力ありがとうございました。