

ふりがな	
氏名	男 女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (才)
自宅住所 〒	都道 区 府県 市群
自宅 TEL :	( ) 携帯 TEL : ( )
※ こちらのクリニックを何で知られましたか？ 1 インターネット情報サイト(病院検索サイト) 2 当院ホームページ 3 知人からの紹介 4 看板広告(駅構内・バス音声案内・クリニック看板) 5 家族がかかりつけ 6 他院からの紹介 7 家(職場)から近い	

1. どんなことでお困りですか？

- をおつけください。(特に困っている項目には◎をおつけください。いくつでも可です。)
- 眠れない 食欲がない イライラする 緊張する 吐気がする 不安になる  
動悸がする 泣きたくなる 死んでしまいたい 意欲がわからない 体がだるい  
興奮しやすい 落ち着きがない 物忘れが多い 会社や学校に行けない  
アルコール・ギャンブルなどがやめられない  
対人関係で悩んでいる(親・兄弟・配偶者・パートナー・子ども・会社・友人・その他)  
その他(具体的にご記入下さい) ( )

2. 1で記入されたお困りの症状はいつ頃からありますか？

年 月ごろ あるいは 才ごろから  
 思い当たるきっかけ、出来事やストレスがあれば教えてください。

( )

3. 今までに精神科・心療内科にお掛かりになったことはありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方は、通院歴をご記入ください。複数ある場合は全てご記入ください。

病院・クリニック(通院・入院)	年 月	~	年 月
病院・クリニック(通院・入院)	年 月	~	年 月
病院・クリニック(通院・入院)	年 月	~	年 月
病院・クリニック(通院・入院)	年 月	~	年 月
病院・クリニック(通院・入院)	年 月	~	年 月

症状の病名は聞いていますか？ はい・いいえ(病名 )

服用していたお薬がありましたら、分かる範囲内でご記入ください。

( )

4. 今まで入院や手術をしたことがありましたらご記入ください。(ある・ない)

病名 ( )

5. 精神科・心療内科以外で治療中のご病気がありましたらご記入ください。(ある・ない)

病名 ( )

服用しているお薬がありましたら、分かる範囲内でご記入ください。

( )

6. 薬や食べ物でアレルギー反応や副作用が出たことがありますか？ (ある・ない)

食べ物 ( ) ぐすり ( )

7. 生活について教えてください。

1) どちらの地域でお生まれになりましたか？

..... 国 ..... 都・道・府・県 ..... 市・区・群

2) 学歴についてご記入ください。

中学校（公立・私立）	在学中（ 年生）・卒業	転校（あり・なし）
高校（公立・私立）	在学中（ 年生）・卒業・中退（ 年時）	科
大学・専門学校	在学中（ 年生）・卒業・中退（ 年時）	科
その他		

3) 今までどんなお仕事をしましたか？

- ① 才頃～ 才頃まで 業種： .....
- ② 才頃～ 才頃まで 業種： .....
- ③ 才頃～ 才頃まで 業種： .....
- 現在 年 月頃～ 業種： .....（休職中・現職中）

4) ご結婚についてお伺いします。

ご結婚歴 なし・あり（ 回） 現在 婚姻中・離婚・死別

5) 信仰している宗教はありますか？ なし・あり（ ）

8. ご家族について教えてください。

・家族構成をご記入ください。（過去・現在あわせて全員をご記入ください。）

患者様からみた、ご両親・ご兄弟様はこちらの下の枠へお願いします。

続柄	年齢	同居の有無	職業
例：父	例：70歳	例：別居（単身赴任を含む）	例：元製造業会社員
	歳	同居・別居・離婚・音信不通・死去	
	歳	同居・別居・離婚・音信不通・死去	
	歳	同居・別居・離婚・音信不通・死去	
	歳	同居・別居・離婚・音信不通・死去	
	歳	同居・別居・離婚・音信不通・死去	

患者様からみた、配偶者様・お子様はこちらの下の枠へお願いします。

続柄	年齢	同居の有無	職業
例：長男	例：16歳	例：同居	例：●●高校2年生
	歳	同居・別居・離婚・音信不通・死去	
	歳	同居・別居・離婚・音信不通・死去	
	歳	同居・別居・離婚・音信不通・死去	
	歳	同居・別居・離婚・音信不通・死去	
	歳	同居・別居・離婚・音信不通・死去	

・現在は何人暮らしですか？ （ 人暮らし）

9. 嗜好品についてお答え下さい。

- ・タバコ 吸わない・吸う（ 本／1日、 才から）
- ・アルコール 飲まない・飲む（ /1日、 才から）
- ・シンナー 使用したことはない・使用したことある（ 才頃）
- ・覚せい剤 使用したことはない・使用したことある（ 才頃）
- ・女性の方にお伺いします。現在妊娠していますか？ していない・している（ カ月）

10. 相談機関や在宅サービスを受けている方は、ご記入ください。

- 生活保護の方→ ..... 福祉事務所 担当者 ..... 連絡先 .....
- 介護保険利用中の方→担当ケアマネージャー ..... 連絡先 .....
- カウンセリングルーム・保健所や支援センターなど .....