

平成 年 月 日

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 当院ホームページ 2 グーグル 3 ヤフー 4 病院検索サイト 5 ひまわり 6 他検索サイト 7 看板広告(クリニック看板・駅構内・バス音声・電柱・駅前地図) 8 知人からの紹介 9 家族がかかりつけ 10 紹介(他院・役所・保健所) 11 家(職場)から近い 12 チラシ	

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・使用したことがある（ 才頃）

・覚せい剤 使用したことはない・使用したことがある（ 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