

ふりがな

氏名 _____

記入者氏名 _____

(続柄) _____

職業 _____

身長 cm 体重 kg (やせた、変わらない、太った→ ケ月で kg)

■本日は、どのようなことがお困りで受診されましたか？

■思い当たる原因やきっかけはありますか？

■どのような悩みや症状がありますか？あてはまるものをチェックしてください

- 眠れない 食べられない 朝起きられない やる気が出ない 憂うつである 自分を責めてしまう
 不安である 涙が出る 情緒が不安定 イライラしやすい 落ち着かない 興奮しやすい 死にたくなる
 頭痛 頭が重い 首・肩がこる 背中の痛み 腹痛 腰痛 動悸 めまい 立ちくらみ 耳鳴り
 疲れやすい からだが怠い 朝起きられない 思考力や集中力が低下した
 その他 ()

■これまでに他の病院やクリニックを受診したことがありますか？

時期

病院・クリニック名

病名・症状

歳ごろ	年 月～	年 月 () ()
歳ごろ	年 月～	年 月 () ()
歳ごろ	年 月～	年 月 () ()

■これまでに病気や大きなかが、手術をしたことありますか？

ある ()
ない

■現在治療中の病気はありますか？

ある ()
ない

■現在使用しているお薬はありますか（市販薬を含めて）？

ある ()
ない

■薬や食べ物などでアレルギーや副作用が出たことはありますか？

ある ()
ない

■食欲はありますか？ ある あまりない ない

■食事の回数は？ 1日 () 回

■間食はしますか？ 毎日する 2~3日に1回する ほとんどしない しない

■寝つきはいいですか？ よい あまりよくない よくない

■途中起きることはありますか？ よくある あまりない ない

■お通じは毎日ありますか？ ある ない (回／週)

■よく便秘になりますか？ はい いいえ

■よく下痢をしますか？ はい いいえ

■お酒は飲みますか？ はい (種類) 、1日量 、頻度 (回／週)) いいえ

■タバコは吸いますか？ はい（1日 本） いいえ

■携帯電話やゲームはよく利用しますか？ はい（ 時間／日） いいえ

■運動はしますか？ よくする あまりしない しない

■コロナワクチンを接種したことはありますか？ ある ない

■接種した方にお聞きします。何回接種しましたか？ 回

■コロナワクチンを最後に接種したのはいつですか？ 年 月

■ご家族の構成をお書きください（同居の方には○をしてください）

祖父（　歳）、祖母（　歳）、父（　歳）、母（　歳）、兄（　歳）、姉（　歳）、弟（　歳）、妹（　歳）
配偶者（　歳）、息子（　歳）、娘（　歳）

■ご家族の方で、心療内科、精神科で治療されている方、治療されていた方はいらっしゃいますか？

いる（どなた？ 病名 ） いない

■薬についてお聞きします

薬を希望する 必要であれば出してほしい なるべく薬は使いたくない 薬は使いたくない

■心理検査やカウンセリングを希望しますか？ はい いいえ 関心はある

■当院の受診のきっかけは？

ホームページを見て 知人の紹介 他機関からの紹介 学校からの紹介
その他（ ）

■その他、当院へのご要望などがございましたらご記入ください