

⑧ はじめて来られた方へ

来院日：20____年____月____日

ふりがな お名前		男・女
生年月日	昭・平 年 月 日 () 歳	
住所	〒	
電話	自宅： <input type="checkbox"/> 連絡可 <input type="checkbox"/> 不可 携帯電話： <input type="checkbox"/> 連絡可 <input type="checkbox"/> 不可	
メール	予約メール以外が届くことはありません	
記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外： (本人との関係：)	

お困りごとを解決するため、あなたの状況を詳しくお聞かせください。

お書きになられた内容が家族・学校・職場に伝わることはありません。

回答が難しい場合は空欄のままでも大丈夫です。わからない項目はお尋ねください。

👉 当院を知ったきっかけは何ですか？ をおつけください

他機関の紹介（機関名： _____） 紹介状あり なし

知人の紹介（名前： _____） （ _____ ）の看板を見て

ホームページ（興味を持たれた点： _____）

（ _____ ）で知って 通りがかり

👉 今、困っていること・悩んでいること・解決したいことは何ですか？ ない



👉 お困りごとであてはまるものがあれば、✓してください

- 学校・仕事に行けない 外出できない うまく話せない 場の空気が読めない
- 考えがまとまらない 物事を順序よくできない
- 眠れない ➡ ねつけない 途中で目覚める 朝早く目覚める 熟眠できない
- 気分が落ちこむ やる気が出ない 疲れやすい 自信がない 将来が心配
- 不安になる 気持ちが焦る 落ち着かない 胸がドキドキする 息苦しくなる
- 死にたい気持ちになる 自殺を考える 自殺を図った 自分を傷つけた
- イライラする 怒りっぽい 他人を傷つけてしまう 周りに注意される
- 周りから悪く言われる 嫌がらせされる 音や声が気になる
- 嫌な考えが頭に浮かぶ 確認をやめられない 気分がハイになる
- 体重が減った 体重が増えた 食べすぎる 食べた後に吐く
- お酒を飲み過ぎる やめたいのにやめられない ➡ 何を？：
- 頭痛 吐き気 めまい 肩こり 下痢 便秘
- 月経前に体調・気分が悪化する 月経不順 性機能障害
- その他：

👉 困っているのはいつ頃からですか？ きっかけは？

_____年 _____月 (_____歳) 頃

👉 そのことで他の病院・クリニックなどにかかったことはありますか？ ない

ある ➡ いつ頃、どこにかかりましたか？

_____年 _____月～ _____年 _____月：

_____年 _____月～ _____年 _____月：

_____年 _____月～ _____年 _____月：

_____年 _____月～ _____年 _____月：

👉 これまでに、心療内科・精神科のお薬をのんだことがありますか？

今のんでいる のんだことがある のんだことはない

効果があった薬：

効果がなかった薬：

副作用で合わなかった薬：



👉 これまでに、大きな病気・ケガをしましたか？ いつ頃ですか？ いいえ

脳の病気：

からだの病気：

大きなケガ（骨折）・交通事故など：

👉 現在、治療中の病気はありますか？ いつ頃から？ のんでいる薬は？ いいえ

糖尿病 高血圧 花粉症 現在妊娠中・妊娠の可能性がある

その他：

👉 お薬や食べ物に、アレルギーはありますか？ いいえ

はい ➡ 何でどうなりましたか？：

👉 お酒・タバコについてお聞きします

お酒を 全く飲まない ほとんど飲まない 機会があれば飲む

ほぼ毎日飲む： 1日に_____を_____mlくらい

タバコを 吸わない 吸う： _____歳から1日_____本

👉 あなたの生活歴を教えてください

学歴：中学 高校 専門 短大 大学 大学院 ➡ 在学中 卒業 中退

学校名（学校に連絡がいくことはありませんので、在学中の方は学年含め記入願います）

職歴：

_____歳～_____歳：

_____歳～_____歳：

_____歳～_____歳：

_____歳～_____歳：

現在、休職中の方： _____年_____月から 休職期限_____年_____月まで

未婚 既婚_____歳 離婚_____歳 再婚_____歳 死別_____歳

子供なし 子供あり（例：長男10歳）：

ひとり暮らし 同居（誰と？）：



👉 ご家族について教えてください（亡くなられている場合は年齢と原因も）

こころの病気の方がいらっしゃったら教えてください（例：母の兄がうつ病）

- (父) _____ 歳 職業・健康状態：
(母) _____ 歳 職業・健康状態：
() _____ 歳 職業・健康状態：
() _____ 歳 職業・健康状態：
() _____ 歳 職業・健康状態：
() _____ 歳 職業・健康状態：
() _____ 歳 職業・健康状態：
() _____ 歳 職業・健康状態：

👉 現在、利用している制度があれば教えてください

- 自立支援： 利用している
精神障害者手帳： 持っている ➡ _____ 級
愛の手帳： 持っている ➡ _____ 度
障害者年金： 受給している ➡ _____ 級
介護保険： 要支援 _____ 要介護 _____
生活保護： 担当者： _____ 福祉事務所 担当者名： _____

👉 考えてみたい治療法があれば教えてください

- 薬物療法 カウンセリング 認知行動療法（個人） 診断書希望
デイケア（グループ） ➡ アート 認知行動療法 コミュニケーションスキル
運動・ヨガ その他：

👉 その他のご希望など、何でもお書きください

書き終わりましたら受付にお渡しください。その後は案内「治療の流れ」を読んでお待ちください。

