

㊫ はじめて受診される方へ

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： 携帯電話：	<input type="checkbox"/> 連絡可 <input type="checkbox"/> 不可 <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

- 紹介 () の紹介 ➡ 紹介状あり なし
検索 () で検索した
ホームページ () に興味を持った
その他 () で知った

👉 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：学校名（学校に連絡がいくことはありませんのでご記入願います）

小 中 高 専門 短大 大学 院 ➡ 在学中（_____年生）卒業 中退

職歴：期間と内容を教えてください

_____歳～_____歳：

_____歳～_____歳：

_____歳～_____歳：

_____年_____月から休職中

ひとり暮らし 同居 ➡父 母 兄弟/姉妹 子 祖父母 配偶者/パートナー

その他（誰と？）：

未婚 既婚_____歳 離婚_____歳 再婚_____歳

子供なし 子供あり（次のページで詳しく教えてください）



👉 **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原因と年齢も）

こころの病気の方がいらしたら教えてください（例：母の兄がうつ病で44歳で亡くなった）

- (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
療育手帳： 持っている ➡ _____度
障害年金： 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 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「診察の流れ」を読んでお待ちください。

