

⑧ 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： <input type="checkbox"/> 連絡可 <input type="checkbox"/> 不可 携帯： <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

👉 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**であてはまるものに、✓してください

- 学校・仕事に行けない ➡ (_____ 年 _____ 月から) (現在、週に _____ 日程度行く)
- 外出できない うまく話せない 場の空気が読めない
- 落ち着かない 考えがまとまらない 計画性がない 片づけられない
- 眠れない ➡ ねつけない 途中で目覚める 朝早く目覚める 熟睡できない
- 気分が落ちこむ やる気が出ない 自信がない 将来が心配
- 不安になる 気持ちが焦る 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 気分がハイになる
- 周りから悪く言われる 音や声が気になる 嫌な考えが頭に浮かぶ
- やめたいのにやめられない ➡ 何を? (_____)
- 体重が減った 体重が増えた 食べすぎる 食べた後に吐く
- 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
- 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 **医療機関・相談機関・療育** 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 :



お名前_____

🍵 これまでに、大きな病気・骨折などの怪我がありますか？ いつ頃ですか？ いいえ

🍵 現在、治療中の病気はありますか？ のんでいる薬がありますか？ いいえ

🍵 お薬や食べ物に、アレルギーがありますか？ いいえ

はい ➡ 何でどうなりましたか？：

🍵 あなたの生活歴を教えてください

通学歴：学校名を教えてください（学校に連絡がいくことはありません）

小学校：_____

普通級 通級 特別支援 不登校

中学校：_____

普通級 通級 特別支援 不登校

高校/高専：_____

全日制 定時制 通信制 不登校

大学/専門：_____

学部：_____

大学院/その他：_____

➡ 在学中（_____年生） 卒業 中退

職歴：期間と仕事内容を教えてください

_____歳～_____歳：

_____歳～_____歳：

_____歳～_____歳：



👉 ご家族について教えてください

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 他 ()

両親が……離婚 再婚 死別

自身が……未婚 既婚__歳 離婚__歳 再婚__歳 死別 子あり

(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：

↑ ころの病気についてもお書きください (例:母の兄がうつ病で44歳で死去)

👉 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 療育手帳 (____度) 精神障害者手帳 (____級)

障害年金 (____級) ……当院で年金診断書 (新規・更新) は発行できません

福祉サービス (_____) 生活保護

👉 当院で興味のある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 診断書希望 (即日不可) ➡ _____のため

デイケア (グループ療法) ➡ 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、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

