

# 《初めて受診される方へ》

記載日 20 年 月 日

フリガナ

患者氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日

住所 〒 TEL ( )

同伴者氏名 続柄 年齢

## 1、どんなことでお困りですか？（特に困っている項目は◎で囲んで下さい。いくつでも可）

ねむれない 食欲がない 気持ちが落ち込む 意欲がでない 不安になる 動悸がする  
緊張する 泣きたくなる 体がだるい 会社や学校へいけない おこりっぽい 物忘れが多い  
アルコールがやめられない 対人関係に悩んでいる（子供・配偶者・パートナー・会社・友人・その他）  
その他（具体的にご記入下さい）【 】

## 2、その症状はいつ頃からありますか？

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃 あるいは\_\_\_\_\_歳頃から

・思い当たる原因があれば教えて下さい。

【 】

・そのことで治療を受けたことはありますか？（ある・ない）

「ある」とお答えの方→（ 病院・医院 科）

## 3、受診は本人の希望ですか？ はい ・ その他（ ）

## 4、今までに精神科・神経科・心療内科にかかった事がありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方

・（ ）歳の時（ ）病院に通院・入院（ 年 月～ 年 月）

・（ ）歳の時（ ）病院に通院・入院（ 年 月～ 年 月）

・（ ）歳の時（ ）病院に通院・入院（ 年 月～ 年 月）

## 5、現在通院している病院はありますか？

いいえ ・ はい 病院名（ ） 病名（ ）

## 6、今までに何か病気にかかった事がありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方、あてはまる病名に○をつけて下さい

喘息・糖尿病・心臓病・肝炎・高血圧・高脂血症・痛風・虫垂炎・前立腺肥大・梅毒・結核・けいれん  
失神・頭部外傷・脳梗塞・脳出血・緑内障・白内障・癌（ ） その他（ ）

## 7、現在飲んでいるお薬はありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方はお薬手帳か現在の薬が分かる物をお持ち下さい。

## 8、現在の健康状態についておたずねします

身長（ ）cm 体重（ ）kg

食欲— 良好 ・ 不振 体重が大きく変化しましたか？（ ）ヶ月で（ ）kg 増・減

睡眠— 良好 ・ 不振 中々寝付けない・夜中に何度も起きる・朝早く目が覚める・眠りが浅い

次のページもご記入お願い致します

9、出身地はどちらですか？（都道府県）（ ）

10、お薬や食べ物によるアレルギーがありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方はそれはなんですか？（ ）

11、女性の方にお伺いします

1) 現在、妊娠されていますか？（はい ・ いいえ）

2) 月経と症状に関連はありますか？（はい ・ いいえ）

12、お酒は飲みますか？ いいえ ・ はい（飲酒歴は？ 年）

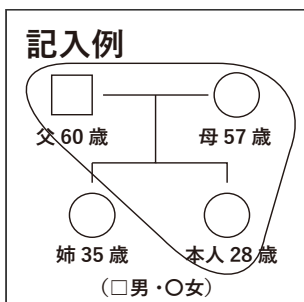
13、タバコを吸いますか？ 吸わない ・ 吸う（1日 本位 喫煙歴は？ 年）

14、学歴 学校名を教えてください。（ 小学校出身）  
（ 中学校出身）  
（ 高等学校出身）  
（最終学歴 ）

15、信仰についてお尋ねします 特にない・仏教・神道・キリスト教・その他（ ）

16、結婚についてお尋ねします 未婚 ・ 既婚（ ）歳の時→初婚・再婚・離婚・死別

17、家族構成についてお尋ねします（わかる範囲でお答え下さい）



同居されている人たちを○で囲って下さい。

18、職歴についてお尋ねします 初めての仕事（ ）歳時 職種（ ）  
（ ）歳～（ ）歳 職種（ ）  
（ ）歳～（ ）歳 職種（ ）

19、血縁のある方で精神科や神経科の病歴のある方や自殺された方はいらっしゃいますか？  
いない ・ いる その方との続柄（ ）

20、ご本人の性格で当てはまる項目に○をつけて下さい

悲観的 ・ 几帳面 ・ 内向的 ・ 消極的 ・ 神経質 ・ 心配性 ・ 短気  
おとなしい ・ 他人に気を使う ・ 生真面目 ・ 依存的 ・ 積極的 ・ 非社会的

※当院をどちらで知られましたか？

1、ホームページ 2、当院看板 3、ご家族・知人からのご紹介 4、他院からのご紹介  
5、ネット検索 6、その他（ ）

ありがとうございました。受付にお渡し頂き少々お待ち下さい。



大森駅前メンタルクリニック  
OMORI EKIMAE MENTAL CLINIC