

ふりがな
氏名

TEL

生年月日 年 月 日

住所 〒

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供につとめております。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証およびオンライン資格確認の利用にご協力をお願いいたします。

◇本日は、どのような事で来院されましたか？

--	--

◇それはいつ頃から始まりましたか？ 年 月 日頃から(または 歳頃)

◇そのことで、今までに他の病院を受診したことがありますか？ (はい・いいえ)

病院名 () 診療科 () 通院・入院

病院名 () 診療科 () 通院・入院

◇今までかかった主な病気・けが・受けた手術についてお書きください。

__歳 病名() / __歳 病名()

__歳 病名() / __歳 病名()

◇現在、治療中の病気や、飲んでいる薬はありますか？ (はい・いいえ)

病名() 薬()

病名() 薬()

◇副作用が強く出やすいお薬はありますか？ (はい・いいえ)

具体的に:() () () ()

◇これまで、アレルギーが出たことはありますか？ (はい・いいえ)

具体的に:() () () ()

◇女性のみお答えください。

・月経周期: 順調・不順・現在妊娠中(週)・止まっている 閉経()歳

◇生活習慣について教えてください。

・睡眠: 規則正しい・寝付きが悪い・夜中に目が覚める・明け方に目が覚める・寝た気がしない

その他()

・お酒: 飲まない・機会があれば・ほぼ毎日飲む(量: 一日)

・タバコ: 吸わない・吸う(量: 一日 本)

◇教育・生活史について教えてください。

・出身地:()都道府県

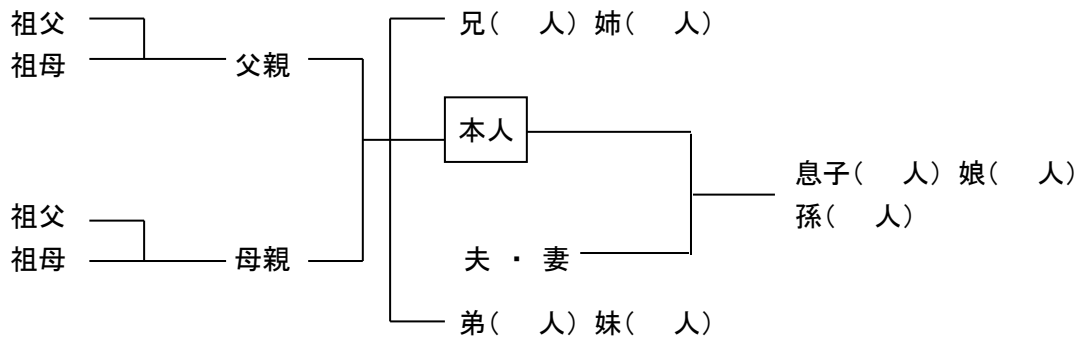
・最終学校名:() 卒業 在学中 中退/成績:上 中 下

◇もともとの性格についてお答えください。

無口 内気 孤独 粘り強い くどい 世話好き 交際好き 見栄坊わがまま 嘘をつく 神経質 完全にしないと気がすまない 几帳面 責任感が強い

※裏面もご記入ください

◇ご家族構成:ご健在の方には○を記入してください。



◇ご家族・ご親戚縁者の中に精神科や心療内科で治療を受けたことのある方はいますか？（いる・いない）

続柄_____病名()
 続柄_____病名()

◇次の質問を読んで、現在のあなたの状態にもっともよくあてはまると思われる欄に○印をつけてください。

すべての質問にお答えください。

	ないか たまに	ときどき	しばしば	ほとんど いつも
1. 気が沈んで憂うつだ	1	2	3	4
2. 朝がたは、いちばん気分がよい	1	2	3	4
3. 泣いたり、泣きたくなる	1	2	3	4
4. 夜よく眠れない	1	2	3	4
5. 食欲はふつうだ	1	2	3	4
6. まだ性欲がある（独身者の場合）異性に対する関心がある	1	2	3	4
7. やせてきたことに気がつく	1	2	3	4
8. 便秘している	1	2	3	4
9. ふだんよりも、動悸がする	1	2	3	4
10. 何となく疲れる	1	2	3	4
11. 気持ちはいつもさっぱりしている	1	2	3	4
12. いつもとかわりなく、仕事をやれる	1	2	3	4
13. 落ち着かず、じっとしていられない	1	2	3	4
14. 将来に希望がある	1	2	3	4
15. いつもよりいらいらする	1	2	3	4
16. たやすく決断できる	1	2	3	4
17. 役に立つ、働ける人間だと思う	1	2	3	4
18. 生活はかなり充実している	1	2	3	4
19. 自分が死んだ方がほかの者は楽に暮らせると思う	1	2	3	4
20. 日頃していることに満足している	1	2	3	4

◇治療上、何かご希望はございますか？

[]