

当クリニックでは、診療を充実させるために必要なこととお伺いしております。
分る範囲で構いませんのでご回答をお願い致します。

患者様

ふりがな	性別	生年月日 / 年齢
お名前	男・女	S・H 年 月 日 (歳)

【1】今回受診された理由を教えてください。また、現在困っている状態があれば☑してください。

気持ち	<input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 緊張 <input type="checkbox"/> 悲しい <input type="checkbox"/> 落ち込む <input type="checkbox"/> 憂うつ <input type="checkbox"/> 焦る <input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 意欲がでない <input type="checkbox"/> 集中できない <input type="checkbox"/> 何も楽しめない
行動	<input type="checkbox"/> そわそわする <input type="checkbox"/> おしゃべりになった <input type="checkbox"/> 口数が減った <input type="checkbox"/> 怒りっぽくなった <input type="checkbox"/> 興奮してしまう <input type="checkbox"/> こだわりが強い <input type="checkbox"/> 徘徊してしまう <input type="checkbox"/> 火の不始末がある
思考	<input type="checkbox"/> 悪い方向に考える <input type="checkbox"/> 被害的に考える <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない <input type="checkbox"/> 現実でない声が聞こえる <input type="checkbox"/> 現実的でないことが浮かぶ <input type="checkbox"/> 考えが次々に浮かぶ <input type="checkbox"/> 考えが急に止まってしまう <input type="checkbox"/> 人に見られている感じがする <input type="checkbox"/> 狙われている感じがする
認知機能	<input type="checkbox"/> すぐに物事を忘れる <input type="checkbox"/> 場所や時間がわからない <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 話が理解できない <input type="checkbox"/> 薬やお金の管理ができない <input type="checkbox"/> よく物をなくす <input type="checkbox"/> 場にそぐわないことを言ったりしたりする。
身体	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 頭が重い <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 胃の不快感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 手や足の震え <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> その他 ()
睡眠	睡眠時間 (時から 時間) <input type="checkbox"/> 寝付きが悪い <input type="checkbox"/> 寝過ぎる <input type="checkbox"/> 途中で目が覚める (約 回) <input type="checkbox"/> 早朝に目が覚める <input type="checkbox"/> 熟睡できない <input type="checkbox"/> 日中も眠気がある <input type="checkbox"/> 眠らず夜中に活動する <input type="checkbox"/> 眠らなくても平気
食事	<input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 食べられない <input type="checkbox"/> 食べ過ぎる <input type="checkbox"/> 嘔吐する <input type="checkbox"/> 偏食がある
その他	気になっていることや、最近変わったことなどあればご記入ください。

【1】 【2】 が気になるようになった時期、もしくは始まった時期はいつ頃ですか？

(年 月頃 あるいは 歳頃)

その時の様子やきっかけとなるような出来事があれば教えてください。

きっかけは特に無かった

.....
.....
.....

【3】 【1】 【2】 に関して、今までに医療機関の受診や行政機関へ相談をしたことがありますか？

- ・ある いつ頃 受診（相談）先：.....
いつ頃 受診（相談）先：.....
- ・ない

【4】 これまでに、精神科 / 心療内科を受診したことはありますか？

- ・ある 通院 / 入院 / 相談のみ：.....歳 （相談）先：.....
通院 / 入院 / 相談のみ：.....歳 （相談）先：.....
診断名は聞いていますか？ いいえ はい（診断名）
現在お薬を内服していますか？ いいえ はい（薬剤名）
- ・ない

【5】 幼少期から現在までにかかった病気や怪我があれば教えてください。

.....歳頃、病名.....	治療終了・通院中	内服 有 / 無
.....歳頃、病名.....	治療終了・通院中	内服 有 / 無
.....歳頃、病名.....	治療終了・通院中	内服 有 / 無

喘息はありましたか？

- ・はい 現在も喘息を起こしたり、治療を受けていますか？
↳はい（治療内容：薬 吸入） ・いいえ
- ・いいえ

【6】 アレルギーはありますか？

- ・ある 食べ物（ ） 薬（ ） その他（ ）
どのような症状がありますか？（ ）
- ・なし

【7】 お酒は飲みますか？

- ・飲む 何を（ ） 程度（1日 程度 / 付き合い程度）
- ・飲まない

【8】 タバコは吸いますか？

- ・吸う （ 歳から1日 本程度） ・昔吸っていた（ 歳から 歳頃まで）
- ・吸わない

【9】 【1】 以前のもともとの性格や特徴を教えてください。

（交友関係、趣味、余暇活動なども含め、自由に記入してください。）

.....
.....
.....
.....

【10】 月経、妊娠についてお伺いします。 ※女性のみ

- ・月経前の気分の変更：なし・あり（ ）
- ・月経前の身体の不調：なし・あり（痛み・貧血・食欲増加 / 減少・その他）
- ・月 経 周 期：順調・不調（程度： ）
- ・閉 経：なし・あり
- ・妊 娠：している（ 週目） ・していない

