

★初めて受診される患者様へ★

フリガナ  
 本日診察を受けられる方 名前: (男・女) 年齢 歳 職業:  
 生年月日:大正・昭和・平成 年 月 日

住所:〒  
 ご連絡可能な電話番号:自宅 携帯電話  
 同 伴 者 お名前: 続柄: 連絡先:  
 緊急連絡先1 お名前: 続柄: 連絡先:  
 緊急連絡先2 お名前: 続柄: 連絡先:

(1)ご相談内容はなんですか？例:夜眠れない/やる気が起きない/発達障害の検査希望など

( )

(2)いつ頃から具合が悪くなりましたか？

平成・令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_頃より

(3)きっかけはありましたか？

( )

(4)受診は本人の希望ですか？ はい・その他

(5)現在もしくは今までに医療機関を受診されましたか？(精神科・心療内科・他科を含む)

医療機関名	病名		通院・入院期間
		外来・入院・通院中	

(6)お薬や食べ物によるアレルギーはありますか？ いいえ・はい (\_\_\_\_\_)

(7)お酒は飲みますか？ いいえ・はい ⇒ 飲酒歴 (\_\_\_\_\_)年

\* 主に何をどれくらい飲みますか？ (\_\_\_\_\_)を1日・1週間・1ヶ月に(\_\_\_\_\_)本・ml・合  
 \* 飲酒回数は？ 付き合い程度・週1回・週2~3回・毎日

(8)たばこは吸いますか？ 吸わない・吸う ⇒ 1日(\_\_\_\_\_)本くらい 喫煙歴(\_\_\_\_\_)年

(9)今までにシンナーや覚せい剤などの薬物を使用したことがありますか？ いいえ・はい

「はい」の方 ⇒ 何を(\_\_\_\_\_) 使用歴(\_\_\_\_\_)年

(10)健康状態についてお尋ねします

\*身長 ( )cm 体重 ( )kg

\*食欲 : 良好・不振 ⇒ ここ最近の体重( )ヶ月前に比べて(増えた・変わらない・減った)

\*睡眠 : 良好・不眠 ⇒「不眠」の方 寝付けない・途中で目が覚める・寝た気がしない・日中の眠気

(11)既往歴についてお尋ねします

大きな病気や手術、内服中の病気がありますか？

ない・ある ⇒ 高血圧・心臓病・糖尿病・腎臓病・脳血管障害・甲状腺・膵臓・肝臓  
その他( )

病名: ( 歳時)

病名: ( 歳時)

下記の感染症や症状に当てはまるものがありますか？

感染症の既往歴 : 結核・疥癬(かいせん)・ウイルス性肝炎( B型・C型 )

身体症状 : 発熱・咳・のどの痛み・鼻水・吐き気・下痢・皮膚のかゆみ/湿疹

(12)現在とこれまでの生活についてお尋ねします

\*出生地( )出身 \*最終学歴 ( 卒業・中退 )

\*生活状況 家族と同居・一人暮らし・その他( )

\*現在の職業 : ( )仕事内容 : ( ) 期間 ( 歳～ 歳)

過去の職業 : ( )仕事内容 : ( ) 期間 ( 歳～ 歳)

( )仕事内容 : ( ) 期間 ( 歳～ 歳)

(13)家族についてお尋ねします

\*父は健在です( はい・いいえ )

\*母は健在です( はい・いいえ )

\*兄弟姉妹は( )人います

\*現在、結婚しています( はい・いいえ )

\*子どもは( )人います

\* ( )と一緒に住んでいます

\*一番関わりのあるのは( )です

\*ご家族・ご親戚の方で精神科・心療内科を受診された方はいらっしゃいますか？

いない・いる ⇒ 続柄( ) 病名( )

続柄( ) 病名( )

<ジェノグラム> \*記載不要

(14)女性の方にお尋ねします

\*生理は順調ですか？ はい・不順・その他( )

\*現在、妊娠中ですか？ はい・いいえ・不明 ( )

\*現在、授乳中ですか？ はい・いいえ