

記入日： 年 月 日

記入者：本人・その他（ ）

フリガナ お名前	性別 男・女 (未記入可)
生年月日 T・S・H・R 年 月 日	年齢 才
現住所 〒	電話 ( ) 携帯 ( )

① 当院をどこでお知りになりましたか？  
Web 友人 当院通院中の方 その他

② 緊急時連絡先  
氏名： 続柄：  
電話番号：

③ 受診の目的（複数選択可）  
A) 診断（書）と治療を希望  
B) 診断書だけを希望  
C) その他（ ）

④ 家族構成（同居の方に○をつけて下さい）  
  
配偶者 父 母 兄 姉 弟 妹  
祖父 祖母 叔父 叔母 他親類  
子供 男（ ）歳（ ）歳（ ）歳  
女（ ）歳（ ）歳（ ）歳  
その他（ ）

⑤ 職業・職種 /教育歴（名称不要） /出身地

⑥ 薬物アレルギー（有・無）

⑦ 現在服用中の薬（常備薬・名称わかる範囲で）

⑧ その他（嗜好品）  
たばこ 1日 本ぐらい  
  
アルコール(種類 1日又は1週間の量)  
日本酒 ビール 酎ハイ その他を  
1週間に 日：1日に 何本 位  
コーヒ 杯/日 位  
紅茶 日本茶 杯/日 位

⑨ 今つらい事は、どんな事ですか。  
下記よりいくつでも○で囲んで下さい。

- 不安感・緊張感・悲哀感（涙もろい）・焦燥感
- 興奮・イライラ・躁状態（多弁/多動）
- 攻撃性（ムツとする/カッとする）・自傷行為
- 意欲低下・集中力低下・憂鬱・希死念慮等
- 幻聴・被害的思考・悲観的思考・妄想（ ）
- 不眠（寝付けない・中途覚醒・早朝覚醒）・過眠
- 肩こり・疲労感・けいれん・パニック発作
- 胸内苦悶・言動がおかしい・物忘れ・痴呆
- 食欲不振・体重減少・拒食・過食・嘔吐
- 動悸（ドキドキ）・頭痛・下痢・便秘・吐き気
- その他（ ）  
(詳細は裏面にお書きください)

⑩ 心療内科等受診歴・服薬歴について

⑪ ⑩以外の受診歴・服薬歴について  

- 緑内障・ぜんそく・重症筋無力症・前立腺肥大
- 糖尿病・心臓病・高血圧・出血性疾患
- その他（ ）
- （ ）
- 現在通院中の施設（ ）
- （ ）

⑫ 女性の方へ ○ 又は × でご記入ください。  
 妊娠されていますか。 ( )  
 授乳中ですか。 ( )  
 (続いて裏面にもご記入ください)

