

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
生年月日 昭和・平成 年 月 日	年齢 歳
現住所 〒 -	固定電話： - - 携帯電話： - -
* 緊急連絡先（ご家族など）【 - - : 続柄 】	
当施設からの連絡：可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> （緊急時には、ご連絡させて頂く場合がございます。ご了承下さい。）	
① 一番お困りの事はなんですか？（いつ頃から、どのような症状が出現したかなど、ご自由に書き下さい。）	
最初に症状がみられ始めたのはいつ頃からですか？： 年 月頃から（ 歳頃から） 思い当たるきっかけ、原因について <input type="checkbox"/> ある（ ） <input type="checkbox"/> ない	
② 睡眠についてお答え下さい。 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 入眠に時間がかかる <input type="checkbox"/> 途中で目が覚める <input type="checkbox"/> 朝早く目が覚める <input type="checkbox"/> その他（ ）	
③ 食欲についてお答え下さい。 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> その他（ ） 体重の変化はありますか？： <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増加（+ kg） <input type="checkbox"/> 減少（- kg）	
④ これまでに、心療内科や精神科などを受診されたことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 年 月～ 年 月まで 医療機関名： ） その他、心療内科・精神科 <u>以外</u> での通院中の病気、内服中のお薬があればお書き下さい。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（病名： 医療機関名： ） お薬： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬剤名： ）	
⑤ これまでに心療内科・精神科のお薬を服用したことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 現在服薬中のお薬（ ） 効果が有ったお薬（ ） 効果が無かったお薬（ ） 副作用がみられたり、合わなかったお薬（ ）	
⑥ 今までにかかったことのある身体の病気、手術歴などはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（病名： 医療機関名： ）	
⑦ 生育歴・教育歴・職業歴についてお伺いします。 ご出身地（ ）兄弟・姉妹の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 人兄弟・姉妹の 番目） 最終学歴（ <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院） <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 中退 現在のご職業（ ）転職経験： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 回）	
⑧ ご家族についてお伺いします。 同居している家族構成（ ） 血縁のご家族、ご親族に心療内科・精神科の病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：ご関係（ ）病名、状態など（ ）	
⑨ お薬や食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
⑩ 女性の方にお伺いします。 妊娠中ですか： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 授乳中ですか： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

裏面もご記入ください→

⑪ 飲酒、喫煙、カフェイン（コーヒー、紅茶など）についてお伺いします。			
飲酒： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（週	日）	飲酒内容：種類	: 量 ml)
喫煙： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（1日	本）	カフェイン： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（種類	: 量 杯)
⑫ その他のご希望などありましたら、具体的にお書き下さい。			
⑬ 当院をどこでお知りになりましたか。			
<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> Google Map <input type="checkbox"/> 紹介（			
）から <input type="checkbox"/> その他（			
）			

◎『医師による診察』を受けられる方は以下ご記載ください。

⑭ お薬での治療について。	
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 詳細を聞いて必要であれば <input type="checkbox"/> 抵抗感があるが説明は聞きたい <input type="checkbox"/> 希望しない	
⑮ 臨床心理士によるカウンセリングについて。（処方薬を用いない治療）	
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 説明を聞いてみたい <input type="checkbox"/> 希望しない	

下記ご確認後、にチェックをお願い致します。

- 基本的に診察は一回で終わるものではなく、その性質上、一定期間の定期的な通院を要します。
- 本で行われるのは「医師による診察」になります。「臨床心理士によるカウンセリング」・「臨床心理士による WAIS-IV等の心理検査」をご希望の場合は担当医師、もしくは受付にお申し出下さい。
- 当院は「主治医制」・「予約制」です。担当医変更のご希望の場合、受付にその旨お申し付け下さい。また、待ち時間を減らす対策を行っておりますが、お待たせする場合がございますのでご了承下さい。
- 処方には厚生労働省の定めた規定があり、処方内容や処方日数について厳格に管理されております。紛失したり飲み過ぎてしまうと、処方できない場合や自費になる場合があります。
- 診断書の作成は、診察時の医師の判断となります。一回の診察では診断書の作成が出来ない場合や、希望通りの内容で記載できない場合などもありますのでご了承下さい。
- 同席される方が居る場合は、次回の予約時に受付にお知らせ下さい。再診時（初診時除く）に同席の方が居る場合は、予約料・面談料として 5500 円頂戴致します。
- 診察後に心理検査をご案内致します。ご記入の上、受付に提出をお願い致します。
- 休職となった場合は月に 2 回以上の受診をお願い致します。受診が少ないと『傷病手当金』が保険組合に受理されない場合があります。また、該当期間に継続通院が無い場合、申請書等の記載は出来ません。

◎『臨床心理士によるカウンセリング』を受けられる方は以下ご記載ください。

⑯ 医師による診察について。（処方薬を用いた治療）	
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 説明を聞いてみたい <input type="checkbox"/> 希望しない	

下記ご確認後、にチェックをお願い致します。

- 基本的にカウンセリングは一回で終わるものではなく、一定期間の定期的な継続を要します。
- 本で行われるのは「臨床心理士のカウンセリング」になります。「医師による診察」をご希望の場合は担当心理士もしくは受付にお申し出下さい。
- カウンセリングは「担当制」です。継続する場合は同じ心理士をご予約下さい。

◎『臨床心理士による WAIS-IV等の心理検査』を受けられる方は以下ご記載ください。

下記ご確認後、にチェックをお願い致します。

- 臨床心理士が行えるのは、心理検査の実施とその結果の説明までになります。担当の心理士が「医師による診察」や「診断」が必要と判断した場合は、その旨を説明させていただきます。
ご記入ありがとうございました。受付にお渡し下さい。