

# 受診される方へ

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

診察・治療上必要な情報をさまざまな角度からいただいております。  
この情報は治療目的以外には使いませんので、ご記入いただきますようお願いいたします。

※詳細は後ほど相談員がお聞きします。

フリガナ

お名前 ( \_\_\_\_\_ 歳)

付添の方のお名前 (続柄 \_\_\_\_\_ )

## 1. 受診の理由に○をつけてください

○	受診の理由
	眠れない 睡眠時間 ( _____ ) 時間
	食欲がない
	頭が痛い・重い・モヤモヤする
	イライラする
	ゆううつになる
	気分が高まり、活動的である
	他人が自分のうわさをしているような気がする
	声が聞こえる
	現実的でない考えが頭にうかぶ
	虫などが見える
	テレビやラジオなどの音が気になる
	お酒がやめられない
	物忘れがある
	季節や日時がわからない
	不必要な物を集める
	怒りっぽい・暴力行為がある
	落ち着かない・じっとしてられない
	不潔行為がある
	失禁する
	一人で外に出たがり、目が離せない
	火の不始末がある
	過食がある
	拒食がある
	食べてはいけない物を食べる
	その他の症状

## 2. 上記の症状はいつ頃からですか ( \_\_\_\_\_ 頃)

その症状で他の精神科などに受診されたことがありますか ( ある ない )

今までに他の精神科などに入院されたことがありますか ( ある ない )

※裏面もご記入ください



3. 今までに大きな病気やケガをされたことがある方は○をつけご記入ください	
	心臓の手術をしてペースメーカーや金属等が入っている ( 歳頃 )
	手術をしたことがある (頭・胸・腹・手・足・その他 )
	手術で体に金属が入っている 部位 ( ) ( 歳頃 )
	緑内障がある ( 歳頃 )
	糖尿病がある ( 歳頃 )
	腸閉塞になったことがある ( 歳頃 )
	アレルギーがある (薬、食物など) ( 歳頃 )
その他の病気やケガ等	
( 歳頃 病名 )	( )
( 歳頃 病名 )	( )
4. 現在受診されている病院または医院がある方は○で囲んでください	
精神科・内科・神経内科・脳外科・外科・整形外科・眼科・皮膚科・耳鼻科 泌尿器科・婦人科・歯科 その他 ( )	
現在飲まれているお薬はありますか ( ある ない )	

5. 嗜好品についてお聞きします

喫煙しますか ( する しない ) (1日 本)  
 飲酒しますか ( する しない ) (1日量 )

6. 女性の方にお聞きします

初経 ( 歳) 月経 ( 順調 不順 )  
 閉経 ( 歳)

7. 生活史についてお聞きします

出生地 ( )  
 最終学歴 ( 卒業・中退・在学中 )  
 職種 ( )

8. 家族についてご記入ください

現在同居のご家族は、本人を含め何人ですか  
 ( 人)

ありがとうございました。