

〈 初診の方へ 〉

初診年月日 平成 年 月 日

フリガナ

お名前：

生年月日：M・T・S・H 年 月 日（ 歳） 職業：

住 所：〒

電話番号：

一緒に来られた方のお名前：（続柄 ）

1. 今日どのような問題で来院されましたか？

－ 当てはまるもの全てに チェック を付けて下さい －

- A. 眠れない 元気がない 食欲不振 不安が強い 憂うつである パニックに陥りやすい
- B. 頭痛 胃痛 吐き気 手足の震え 下痢 便秘
- C. 怒りっぽい 興奮しやすい 喋り過ぎる イライラする 暴力を振りそうになる
- D. 物忘れ 独り言をいう 奇異な事をする 学校や職場へ行きたくない
- E. いない人の声が聞こえる わざと意地悪をされている 誰かに見られている

その他お気づきの症状や、理由などがありましたら、お書き下さい。

2. それはいつ頃からですか？ 年 月から（又は 才頃から）

3. 今迄にその事で治療を受けましたか？

A. 受けていない・受けた

（ 病院・医院・クリニックに 入院・通院 した。 年 月～ 年 月）

（ 病院・医院・クリニックに 入院・通院 した。 年 月～ 年 月）

B. 当院へおいでになったのは

- ① 他院からの紹介 ② 知人から聞いて ③ ホームページを見て ④ タウンページを見て
⑤ iタウンページを見て ⑥ 当ビル看板をみて ⑧ その他（ ）

4. 御自分の性格についてお書き下さい。

－ 当てはまるもの全てに 印 を付けて下さい －

- A. 鈍感・非社会的・空想的・無関心・冷淡・過敏
- B. 陽気・社会的・世話好き・同情的・行動的・現実的
- C. 熱中し易い・几帳面・融通性がない・根気強い・頑固
- D. わがまま・派手好き・自己中心的・依存的・勝気・移り気
- E. あきらめやすい・劣等感が強い・取り越し苦労が多い・きがねしやすい・愚痴っぽい
心配性

※ 裏面もご記入下さい

5. 今迄にかかった主な病気・ケガ、治療の有無をお書き下さい。

病名：_____（_____才） 治療中・治療終了

病名：_____（_____才） 治療中・治療終了

6. 現在、感染症の疾患にかかっていますか？。

いいえ・はい（_____）

7. アレルギーがありますか？。

A. いいえ

B. はい 喘息 花粉症 アトピー性皮膚炎 その他（_____）

薬剤過敏（薬剤名：_____）

食物（食品名：_____）

8. 家族・親戚に下記の病気の方はいらっしゃいますか？。

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓疾患 脳血管障害

精神疾患 アレルギー性疾患 肝炎（B型・C型）

その他（_____）

9. 生活史について。

A. 生まれたところ：（_____）都道府県

B. 最終学校：（_____）大学・短大・専門学校・高校・中学（卒業・中退・在学中）

C. 職歴： ① _____ に（_____年 _____月 ~ _____年 _____月）

② _____ に（_____年 _____月 ~ _____年 _____月）

③ _____ に（_____年 _____月 ~ _____年 _____月）

④ _____ に（_____年 _____月 ~ _____年 _____月）

⑤ _____ に（_____年 _____月 ~ _____年 _____月）

D. 結婚： 既婚・未婚・離婚

10. 家族構成

11. 嗜好品について

A. タバコは、吸わない・吸う（1日_____本位）

B. お酒は、飲まない・飲む（_____才頃から）

飲むのは（ビール・ウイスキー・清酒・ワインを多・中・少量）

C. 常用薬は、ない・ある（薬剤名：_____）

D. 今迄に、シンナー・マリファナ・覚醒剤等を使用した事が、ない・ある