

初診の方へ（差し支えない部分だけご記入ください）

お薬手帳をお持ちの方はご提示下さい。

年 月 日

氏名（ ） 記入者氏名（ ） 続柄（ ）

住所 電話番号

1. 現在お困りのことは何ですか？（ ）

- ・不安・気分の落ち込み・意欲低下・疲れやすい・緊張・悲しい・動悸・吐き気がする・落ち着かない
- ・イライラ・元気すぎる・考えがまとまらない・嫌がらせされている・考えが漏れている・他人の考えが伝わる
- ・声や音が聞こえる・眠れない・眠すぎる・食欲不振・食べ過ぎ・死にたくなる・自傷行為・物忘れ
- ・アルコールや薬物の悩み・対人関係の悩み

2. それはいつ頃からですか？

（ ）

3. きっかけと思われる原因はありますか？ない ある（内容 ）

4. そのお悩みや他のことで今まで精神科・心療内科にかかったことはありますか？

無・有（医療機関名 時期 ）

5. 身体の病気について 病気や怪我（ 時期 ）

6. 現在のんでいるお薬はありますか？ お薬の名前（ ）

7. お薬や食べ物のアレルギーがありますか？ 食べ物やお薬の名前（ ）

8. 現在妊娠中または授乳中ですか？（女性の方のみ）（ ）

9. 現在の生活について 独居・同居ご家族（ ）

10. 生活歴 出生地・主な生育地（ ） 兄弟姉妹構成（ ）

最終学歴（ ） 結婚歴 無・有（ 才時）

11. 元来の性格について（ ）

12. 飲酒歴・無 有 量（ ） 喫煙歴・無 有 量（ ） 薬物使用歴・無 有 時期（ ）

13. 今回の受診でご希望されること（ ）

14. マイナ保険証による情報取得に同意しますか？ はい いいえ