

初診時間診票

フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
氏名		男・女			
現住所	〒 _____				
ご連絡先	※クリニック名でのご連絡を差し上げてよろしいでしょうか (はい ・ いいえ)				
	携帯		自宅		
当院はどちらでお知りになりました？ <input type="checkbox"/> 他の医療機関より紹介() <input type="checkbox"/> ご家族・友人知人からの紹介() <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 医療機関検索サイト <input type="checkbox"/> インターネットの検索 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 会社健康管理室 <input type="checkbox"/> その他 ()					

※以下の質問は、差支えない範囲でご記入いただき、お答えが難しい箇所は空欄のまま構いません

1. 本日受診された目的をお聞かせ下さい。

- 今困っている症状について相談したい。 お薬処方希望 書類（診断書等）がほしい。
 転院を希望している（紹介状： あり なし） 自律検査希望 自律訓練希望 禁煙外来

2. お困りのことは何でしょうか？（いつ頃からどんな症状が出現したかなど、ご自由にご記入下さい。）

※最初に症状が出現したのはいつ頃ですか？： 年 月頃から （または 歳頃）

※思い当たるきっかけはありますか？ : ある () ない

3. 今つらいことは、どんなことですか？（複数チェック可）

<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 体がだるい	<input type="checkbox"/> 気力がわかない	<input type="checkbox"/> 不安が強い
<input type="checkbox"/> 胸がドキドキする（動悸）	<input type="checkbox"/> 息苦しくなる	<input type="checkbox"/> 気持ちが落ち込む	<input type="checkbox"/> 考えがまとまらない
<input type="checkbox"/> 集中力がなくなった	<input type="checkbox"/> ストレスが強い	<input type="checkbox"/> 気持ちが焦りやすい	<input type="checkbox"/> イライラする
<input type="checkbox"/> 悲しい気分になる、涙が出る		<input type="checkbox"/> 死にたい気持ちになることがある	
<input type="checkbox"/> 周りから嫌がらせを受けているように感じる		<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴がある	<input type="checkbox"/> 外に出たくない
<input type="checkbox"/> 冷え症がある	<input type="checkbox"/> 頭痛がある	<input type="checkbox"/> 肩こりがある	<input type="checkbox"/> めまいがする
<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> カゼをひきやすくなった	<input type="checkbox"/> 朝起きるのがつらい	<input type="checkbox"/> 人とかかわりたくない

4. 睡眠について 夜は良く眠れますか？ はい いいえ （いいえの方は以下の項目にもチェックをお願いします）

なかなか寝つけない 途中で目覚める 朝早く目覚める 眠りが浅い （複数チェック可）

平均睡眠時間 約 (~) 時間程度

平均的な就寝・起床時間は何時頃ですか？ 就寝： 時頃 起床 時頃

↓ 次頁につづきます

5. 食欲について 食欲はありますか? はい いいえ (少なめ 普通 過食ぎみ)

6. 排便について 便の状態は? 普通 便秘 下痢

便秘の方 → 何日に1回出ますか ほぼ毎日 2日 3日 4日 週に1回程度

7. ご性格 内向的 社交的 神経質 あまり細かいことは気にしない 気は長い

短気 凝り性 あきっぽい 責任感が強い 気を使いすぎる マイペース

8. これまで、心療内科や精神科などを受診されたことはありますか? ない ある

(____年 ____月 ~ ____年 ____月まで 医療機関名: _____ 外来 入院)

(____年 ____月 ~ ____年 ____月まで 医療機関名: _____ 外来 入院)

(____年 ____月 ~ ____年 ____月まで 医療機関名: _____ 外来 入院)

9. いままで治療された主なところや身体のご病気、手術歴などについて

なし あり (病名: _____、_____、_____)

糖尿病 (なし あり) 高血圧 (なし あり) 心臓疾患 (なし あり・病名 _____)

緑内障 (なし あり) 肝臓疾患 (なし あり・病名 _____)

甲状腺疾患 (なし あり・病名 _____)

※現在治療中のご病気はありますか? なし あり (病名: _____、_____)

※現在内服中のお薬はありますか?

なし あり → お薬手帳等 ありの方 (診察時にお出し下さい。下記にご記入は結構です)

なしの方 (薬剤名: _____)

※血縁のご家族で心療内科・精神科・神経科などを受診されたことがある方はいらっしゃいますか?

なし あり (ご関係: 父・母・兄・弟・姉・妹・子・その他(_____))

(病名: _____、_____、_____)

10. 生育歴・教育歴・職業歴についておうかがいします

主な生育地 (_____、_____、_____)

最終学歴 (中学校 高校 専門学校 大学 大学院) 卒業 在学中 中退)

現在のご職業 (_____) 転職 なし あり (_____ 回)

就労されている方: 平均残業時間 (約 ____ 時間/月)、休日出勤 (約 ____ 時間/月)、欠勤 (約 ____ 時間/月)

現在休職中の方 (____) 年 (____) 月より休職中 病名 (_____)

休職期間 期限 (____) 年 (____) 月まで

健康保険組合からの傷病手当金の受け取り あり なし

会社の休職の最終期限はいつまでですか? (____) 年 (____) 月まで

11. お薬や食べ物が原因で、アレルギーを起こしたことはありますか?

なし あり (薬剤名 _____)

(食品名 _____)

(その他 _____)

12. 飲酒やたばこなどについて

飲酒 ほとんど飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む (1日あたり _____ を _____ 本くらい)
 喫煙 吸わない 吸う (1日あたり _____ 本くらい)

13. 現在お飲みになっているサプリメントはありますか？

なし あり _____)

14. 女性の方へ

現在妊娠中ですか？ いいえ はい _____ カ月 授乳中ですか？ いいえ はい
 月経前後に不調になることはありますか？ いいえ はい 具体的 _____

15. ご家族についておうかがいします

父 (才)	}	・ _____ (才)	}	・ _____ (才)
		・ _____ (才)		・ _____ (才)
母 (才)	}	・ 本人	}	・ _____ (才)
		・ _____ (才)		・ _____ (才)
		・ _____ (才)		・ _____ (才)

配偶者 (才)

16. 当クリニックにて行っている療法に興味があるもの、受けてみたいものはありますか？

<input type="checkbox"/> カウンセリング療法	<input type="checkbox"/> 栄養療法	<input type="checkbox"/> 温熱療法	<input type="checkbox"/> 自律検査
<input type="checkbox"/> アレルギー検査	<input type="checkbox"/> 酸化ストレス検査	<input type="checkbox"/> 体内ミネラル検査 (オリゴスキャン)	
<input type="checkbox"/> 水素点滴療法	<input type="checkbox"/> VitC点滴療法	<input type="checkbox"/> 特に考えていない	<input type="checkbox"/> その他

※ご記入いただきました個人情報は、厳重に管理し、診察に関する範囲を超えて利用することはありません