

# 初診時間診票

お名前 \_\_\_\_\_ (年齢 歳) 記入者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

1. 今一番辛い症状またはお悩みをありのままにお書きください。

---

---

---

---

---

2. 上記の症状で医師に受診はありますか? (ある ・ ない)

受診した場合、いつ頃ですか?

年 月 日 (受診先: \_\_\_\_\_)

3. 今の健康状態を○で囲んでください。

食欲 (良い ・ 悪い)

体重 (変わらない ・ 痩せた ( kg) ・ 太った ( kg))

睡眠時間 ( 時～ 時まで)

( 寝付けない・良く寝た気がしない・途中で目が覚める・早く目覚めすぎる・夢が多い )

昼寝 (する ・ しない) \_\_\_\_\_ 時間位

動悸、発汗、手が震えるなどの症状 ある(おきやすい場所と時間 \_\_\_\_\_) ・ ない

便秘 良好 ・ 便秘 ・ 下痢

立ちくらみ する ・ しない

めまい する ・ しない

痛いところ ある (場所 \_\_\_\_\_) ・ ない

忘れっぽい、覚えていないことがある ある ( 歳～) ・ ない

お酒 飲む(種類: \_\_\_\_\_ 量: \_\_\_\_\_ 杯/日) ・ 飲まない

タバコ 吸う ( 本/日× 年) ・ 吸わない

月経 順 ・ 不順 ・ 閉経

内服薬 をお知らせください (お薬手帳をお持ちの方はご提示下さい)

4. 当てはまるものを□に✓してください。ある場合はいつ頃からあるか( )にお書きください。

- 何もする気がしない( ) □朝起きるのがつらい( )
- 憂鬱な気分( )
- 気分が高くなる時期がある(いつ頃～: /どのくらい続くか: )
- みんなに迷惑をかけている( ) □生きているのが嫌だ( )
- 心配、不安がある( )
- 姿が見えないのに誰かが話しかける声が聞こえる( )
- 自分のことが噂されている気がする( )
- 誰かに見られているような気がする( )
- 自分の考えが伝わっている気がする( )
- 誰かの考えが伝わっている気がする( )
- 誰かの言うなりになっている気がする、させられている気がする( )
- 何度も確認してしまうことがある、何度も繰り返してしまうことがある( )

5. 今までの健康状態

- 産まれた時 (安産 ・ 難産 月足らず ・ しばらく泣かなかった)
- ひきつけ、けいれん ない ・ ある( 歳 / 意識が ある・ない)
- 乳児検診や学校健診で発育の遅れを指摘されたこと ない ・ ある( 歳)
- 頭を強く打ったこと ない ・ ある( 歳 / 意識がある・ない)
- 気を失ったこと ない ・ ある( 歳 / 意識がある・ない)
- 今までにかかった大きな病気 ない ・ ある(病名: )( 歳)
- 不注意や忘れ物、落ち着きのなさを指摘されたこと ない ・ ある ( 歳 )
- 友人関係でトラブルやいじめなどにあつたこと ない ・ ある ( 歳 )

6. 下記の質問にお答えください。

- 本人の育った土地は 都・道・府・県 市 区
- 学歴 小学校 中学校 高校 大学 学部
- (今の職業と内容)

7. ご家族構成をお知らせください。(その内現在、同居されてる方に○をつけてください)

8. ご家族でご病気の方はいらっしゃいますか？病名をお知らせください。

- 父親 ( ) 母親 ( )
- 配偶者 ( ) 子供 ( )
- 祖父 ( ) 祖母 ( )

9. ご家族で精神科を受診された方はいらっしゃいますか？

- ある (その方の続柄: 病名: ) ・ ない

10. こちらのクリニックは、何でお知りになりましたか？

- ・ホームページ (パソコン スマートフォン)
- ・電話帳
  - ・紹介 (医療機関： )
  - ・紹介 (公的機関： )
  - ・紹介 (学校、会社、その他： )
- ・通りがかり      ・知人、友人      ・その他 ( )

ご回答有難うございました。受付にご提出ください。

渡辺メンタルクリニック