



4. 食欲について

食欲はありますか？ はい いいえ

体重の変化はありますか？ はい（ここ\_\_\_\_\_ヶ月で\_\_\_\_\_kg の 減少・増加） いいえ

5. 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

※現在通院中ですか？ はい いいえ

6. いままで治療された主な身体のご病気、手術歴などについて

なし あり(病名: \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_)

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

緑内障(なし あり) 肝臓疾患(なし あり・病名\_\_\_\_\_ ) 前立腺肥大症(なし あり)

※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(薬剤名: \_\_\_\_\_ )

7. 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)

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

8. ご家族についておうかがいします。

両親はご健在ですか？ はい いいえ(\_\_\_\_\_)

兄弟姉妹 なし あり( \_\_\_\_\_ 人中 \_\_\_\_\_ 番目) 子供 なし あり(\_\_\_\_\_人)

結婚歴 未婚 既婚 離婚 現在の同居中の方(\_\_\_\_\_)

※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おられますか？

なし あり(ご関係: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ )

9. お薬のアレルギーはありますか？

なし あり(薬品名\_\_\_\_\_)

食べ物のアレルギーはありますか？

なし あり(食品名\_\_\_\_\_)

10. 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)

シンナー・覚せい剤・大麻・LSD・MDMA などの使用歴 なし あり

11. 治療についてご希望があれば、ご記入ください

※ご記入が終わりましたら、受付までお声かけください。

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