

心療内科・精神科 初診時間診票

患者様の基本情報となりますので正確にご記入くださいますようお願いいたします。

個人情報当院の規定に従い管理し、目的以外の使用はいたしません。ご記入後、受付にお渡しください。

フリガナ

患者様の氏名 () 生年月日 (T・S・H 年 月 日) 男・女

郵便番号 (-) 住所 ()

電話番号 () 緊急連絡先 (続柄:)

1. どのようなことがお困りでございましたか? _____

2. いつ頃からお困りですか? _____ 年 _____ 月 _____ 頃 または _____ 日前より

3. あてはまる状態がありましたら□に印をつけてください。

* 酒 ☐ 飲まない ☐ たまに飲む ☐ 毎日飲む (量/1日)

* たばこ ☐ すわない ☐ たまにすう ☐ いつもすう (本/1日)

* 便秘 ☐ 毎日ある ☐ 便秘気味 ☐ 下痢気味

* 生理 ☐ 順調 ☐ 不順 ☐ ない

* 睡眠 ☐ 眠れない ☐ 眠りが浅い ☐ 目覚めが悪い

* 食欲 ☐ 食欲がない ☐ おいしくない ☐ たくさん食べる ☐ わずかしさ食べない

* ☐ ちょっとしたことが気になる 確かめたくなる

* ☐ なにかにつけ不安になる

* ☐ 落ち着かない いらいらする

* ☐ 気分が沈み込む

* ☐ 職場、学校に行くのがおっくうである または休みがち

* ☐ 自分自身や人、物を傷つけそうになる

* ☐ 周りの人にはわからないが何かが見えたり聞こえたりする

* ☐ 物覚えが悪くなったり、忘れっぽくなる

* ☐ 中毒ではないかと思う (アルコール、その他)

4. あなたの身長と体重は? _____ c m _____ k g

5. 薬でのアレルギーがありますか? ☐ ない ☐ ある

食物でアレルギーがありますか? ☐ ない ☐ ある

※「ある」とお答えの方のみお答え下さい

どんな薬(注射)でしたか? 薬の名前 _____ 症状 _____

どんな食物でしたか? 食物の名前 _____ 症状 _____

6. 今回の状態について、今までにどこかで相談、治療されましたか?

* いつ頃 _____ * 相談機関あるいは病院名 _____ * 通院 あるいは入院

() () ()

7. 自立支援制度(精神通院)や精神科訪問看護について知っていますか? はい ・ いいえ

8. 当クリニックをどのようにお知りなられましたか? 友(知)人・広告看板・チラシ・その他()

ご記入ありがとうございました。