

《初めて受診される方へ》

記載日 20 年 月 日

フリガナ

患者氏名 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住所 〒 _____ Tel _____ (_____) _____

同伴者 氏名 _____ 続柄 _____ 年齢 _____ 歳 _____

1. 現在の下記症状で当てはまる項目に○をつけて下さい

頭痛・吐き気・手足が震える・しびれる・舌がうまく回らない・物忘れがある・話がまわりくどい
涙もろい・怒りっぽい・ひきつけ・時々気を失う・急に力が抜けることがある・急に眠くなる事がある
元気がでない・疲れ易い・飽きっぽい・仕事をする気がおきない・気が重い・気が沈む・もの悲しい
いらいらする・不安・性欲がない・しゃべりすぎる・元気が良すぎる・朝早く目が覚める・眠れない
何度も目が覚める・まとまりがない・人柄が変わった・独り言を言う・一人笑いをする
いない人の声が聞こえる・無いものが見える・悪口を言われている気がする・噂されている気がする
人に見られている気がする・周囲が何となく変わったように感じる・自分の体を傷つけてしまう
乱暴をしてしまう・興奮すると抑えられなくなる・アルコールの問題がある・ギャンブルがやめられない
その他の依存の問題がある
上記について何か原因(思い当たること)がありますか？

2. いつ頃から体調が悪くなりましたか？ _____ 年 _____ 月頃より

3. 受診は本人の希望ですか？ はい・その他 (_____)

4. 今までに精神科・神経科・心療内科にかかった事がありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方

・ (_____) 歳の時 (_____) 病院に通院・入院 (_____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月)

・ (_____) 歳の時 (_____) 病院に通院・入院 (_____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月)

・ (_____) 歳の時 (_____) 病院に通院・入院 (_____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月)

5. 現在通院している病院はありますか？

いいえ ・ はい 病院名 (_____) 病名 (_____)

6. 今までに何か病気にかかった事がありますか？ いいえ ・ はい

「はい」の方、あてはまる病名に○をつけて下さい

喘息・糖尿病・心臓病・肝炎・高血圧・高脂血症・痛風・虫垂炎・前立腺肥大・梅毒・結核・けいれん
失神・頭部外傷・脳梗塞・脳出血・緑内障・白内障・癌 (_____ 癌) その他 (_____)

7. 現在飲んでいるお薬はありますか？ いいえ ・ はい 薬名 (_____)

8. 現在の健康状態についておたずねします

身長 (_____) cm 体重 (_____) kg

食欲— 良好 ・ 不振 体重が大きく変化しましたか？ (_____) ヶ月で (_____) kg 増・減

睡眠— 良好 ・ 不振 中々寝付けない・夜中に何度も起きる・朝早く目が覚める・眠りが浅い

次のページもご記入お願い致します

