

ふりがな お名前	※年齢もご記入ください			男・女
	西暦	年	月 日生 ( 歳)	
住所	〒 -			
	携帯 TEL ( - - ) 自宅 TEL ( - - )			

症状についてお伺いします	
いま一番お困りのことは どんなことですか？ (いつ頃からどんな症状が 出現したかなど、ご自由 にお書きください)	西暦 年 月ごろから (または 歳頃から)
思い当たるきっかけは ありますか？	<input type="checkbox"/> ある ( ) <input type="checkbox"/> ない
睡眠について	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 寝付きが悪い <input type="checkbox"/> 途中で目が覚める <input type="checkbox"/> その他 ( )
食欲について	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> その他 ( )
心療内科や精神科などの 受診歴はありますか？	西暦 年 月～ 年 月まで 医療機関名： <input type="checkbox"/> 現在通院中
これまでに心療内科・精神科の 薬を服用したことがあります か？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある場合、下記にわかる範囲でお答えください。
	現在服薬中の薬：
	効果があった薬：
	効果がなかった薬：
お薬や食べ物のアレルギーは ありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に：
いままでかかった主な身体 のご病気、手術歴などについて	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名：
心療内科・精神科以外で、現在 内服中のお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名：
女性の方への質問です	<input type="checkbox"/> 妊娠中 (可能性あり) <input type="checkbox"/> 授乳中

**裏面に続きます。**

生育歴・教育歴・職業歴等についてお伺いします	
ご出身地（都道府県）	
ご兄弟・ご姉妹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	（ご兄弟・ご姉妹何人中何番目ですか？ 人中 番目）
最終学歴	<input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高等学校 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院
	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 中退
現在のご職業	転職経験： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 回）
ご結婚について	結婚歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 回）（結婚時の年齢 歳）
お子様について	お子様： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 人）
ご家族について	家族構成： ※ 同居している方に丸をつけてください
血縁のご家族、ご親族に 心療内科、精神科の 病気のある方がいますか？	ご関係（ ）病名・状態など（ ）
	ご関係（ ）病名・状態など（ ）
自立支援医療受給者証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 級）

診療にあたってご希望などございますか？（よろしければご記入ください）	
診断書について （別途料金がかかります）	<input type="checkbox"/> 診断書がほしい（用途： ） 初診では作成できない場合や希望通りの内容で記載出来ない場合 もありますのでご了承ください。
その他のご希望などが ありましたら、 具体的にお書きください。	

ご確認事項 こちらをお読み頂き、チェックとサインをお願いします。	
<input type="checkbox"/> 診察は基本的に1回で終わるものではありません。 心療内科・精神科の性質上、一定期間の定期的な診察を必要とします。	
<input type="checkbox"/> 病状精査のために、甲状腺機能の異常がないかなどを含めて、 本日血液検査を実施させて頂く場合がございます。	
<input type="checkbox"/> 医師・スタッフの指示には従い、院内では決して大きな声を出さないでください。	
<input type="checkbox"/> お薬の紛失や多く飲みすぎってしまった場合、 自費での処方もしくは処方出来ない場合があります。ご了承ください。	
以上ご了承の場合、 <input type="checkbox"/> すべてにチェックを入れ、 ご署名をお願い致します。	ご署名：
※緊急連絡先（ご家族など）（ — — ） 続柄：	

ありがとうございました。受付にお渡ししてください。