

初診時間診票

初診日（記載日）

令和 年 月 日

受診者	ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成
	氏名				年 月 日 (歳)
住所	〒				
連絡先	自宅 :		携帯 :		

記載者氏名	
続柄	本人・父・母・配偶者・子・祖父母・兄弟姉妹・その他 ()

*本日、診察に同席するのは () 人

*当院のことはどこでお知りになりましたか。

医療機関からの紹介
 相談機関からの紹介
 学校や施設などからの紹介
 知人に聞いて
 インターネット
 その他 ()

*マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか。（マイナ保険証を利用される方のみご回答ください）

同意する
 同意しない

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

*以下の質問は、差し支えの無い範囲でご記入いただき、お答えが難しい箇所などは空欄のまま構いません。なお、ご記入いただいた個人情報は厳重に管理し、診療に関する範囲を超えて利用することはありません。

① 今日どのような理由、困りごと、症状で当院を受診されましたか。

② その困りごと、症状が始まったのはいつ頃からですか。

_____年_____月頃 (_____) 歳頃 ・ 不明

③ その困りごと、症状について思い当たるきっかけ・原因はありますか。

ある ・ ない ・ わからない	(内容)
-----------------	------

④ 現在ある症状について、当てはまる項目にチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 気分が落ち込む	<input type="checkbox"/> 意欲が出ない	<input type="checkbox"/> おっくう	<input type="checkbox"/> 気持ちが焦る
<input type="checkbox"/> 集中力がない	<input type="checkbox"/> イライラする	<input type="checkbox"/> 自分を責める	<input type="checkbox"/> 自殺を考える
<input type="checkbox"/> 物忘れがある	<input type="checkbox"/> 人の名前や言葉がすぐに出てこない	<input type="checkbox"/> 道に迷う	
<input type="checkbox"/> 日付などを一日に何度も確認する	<input type="checkbox"/> 怒りっぽい（かんしゃくをおこす）	<input type="checkbox"/> 性格が変わった	
<input type="checkbox"/> 衝動的に買い物したり行動したりする	<input type="checkbox"/> 元気がよすぎる		
<input type="checkbox"/> 落ち着きがないとよく言われる	<input type="checkbox"/> 片づけが苦手	<input type="checkbox"/> 場の空気が読めない	
<input type="checkbox"/> 物事を順序立てて実行することが苦手	<input type="checkbox"/> 突然予定が変更されるとパニックになる		
<input type="checkbox"/> ずっと見られている気がする	<input type="checkbox"/> 悪口を言われている気がする	<input type="checkbox"/> 正体不明の声が聞こえる	
<input type="checkbox"/> 他人の考えが入り込んだり、自分の考えが他人に伝わっている感じがする			
<input type="checkbox"/> 何度も確認しないと気が済まない	<input type="checkbox"/> 不潔恐怖		
<input type="checkbox"/> 発作的な体調不良（内容：例）過呼吸・動悸など)
<input type="checkbox"/> 学校や仕事に行けない	<input type="checkbox"/> 家事ができない	<input type="checkbox"/> 気持ちの切りかえができない	
<input type="checkbox"/> 食べ過ぎてしまう	<input type="checkbox"/> 食べたあと吐く	<input type="checkbox"/> 対人関係に過敏（傷つきやすい）	

⑤ 睡眠や食欲について教えてください。

<input type="radio"/> 睡眠状況	:	良好 ・ 寝つきが悪い ・ 途中で目が覚める ・ 朝早く目が覚める ・ 眠りが浅い ・ 過眠
<input type="radio"/> 食欲	:	ある ・ ない
<input type="radio"/> 体重の変化	:	あり（増・減） ・ なし

⑥ これまで、心療内科や精神科、各種相談機関への受診歴・相談歴がある場合は記入してください。

受診・相談期間	受診・相談機関名	
年 月 ~ 年 月		入院 ・ 外来
年 月 ~ 年 月		入院 ・ 外来
年 月 ~ 年 月		入院 ・ 外来
年 月 ~ 年 月		入院 ・ 外来
年 月 ~ 年 月		入院 ・ 外来

⑦ 飲酒や喫煙について教えてください。

○ 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_____くらい)

○ たばこ : 吸わない・吸う(1日あたり_____本くらい)

⑧ 現在治療中の病気及び以前治療を受けていたことがある病気について教えてください。

○ 現在治療中の病気 : なし ・ あり
(病名 _____)

○ 過去に治療した病気 : なし ・ あり
(病名・時期 _____)

○ 内服中の薬 : なし ・ あり
(病名 _____)

○ 薬や食べ物のアレルギー : なし ・ あり (_____)

○ 心電図異常を指摘されたこと : なし ・ あり ○ (女性の方) 月経不順 ・ 妊娠中 ・ 授乳中

⑨ 生活歴・性格などについて教えてください。

○ 元来の性格 : 内向的・社会的・神経質・短気・真面目・凝り性・責任感が強い
マイペース・頑固・無口・几帳面・負けず嫌い・明朗・世話好き (その他)

○ 出生地 : _____

○ 学歴 : (小学校・中学校・高校・専門学校・大学・大学院) 卒業 ・ 在学中 ・ 中退

○ 学業成績 : 上 ・ 中 ・ 下 ○ 結婚歴 : 未婚 ・ 既婚 ・ 離別 ・ 死別

○ 現在または現役時代の職業 : _____ ○ 転職 : なし・あり (_____ 回)

⑩ ご家族について教えてください。

氏名	続柄	年齢	同居の有無	職業・学校など
			同居・別居	
			同居・別居	
			同居・別居	
			同居・別居	
			同居・別居	
			同居・別居	
			同居・別居	

○ ご家族、ご親戚の中で精神科や心療内科を受診したことがある方は：

いない・いる（続柄： 診断名： 、続柄： 診断名： ）

⑪ 障害者手帳・障害支援区分認定・介護認定の有無について教えてください。

○ 障害者手帳 ： なし・あり（精神・療育・身体 級）

○ 障害支援区分認定 ： なし・あり（区分1・区分2・区分3・区分4・区分5・区分6）

○ 介護認定 ： なし・あり（要支援1・2 要介護1・2・3・4・5）

⑫ その他、書ききれなかった事柄や心配な点などがあればご記入ください。