



ふりがな		
氏名		
生年月日	年	月 日 (歳)
住所	〒	
連絡先	携帯	自宅

1. どのような症状で受診されましたか（下記の症状にレ点をつけてもらっても結構です）

[]

- 眠れない 眠りすぎる 気分が落ち込む 気力が出ない 集中力が落ちた 疲れやすい
 気分が波がある 不安 イライラしやすい 突然涙が出る 死にたい気持ちになる
 周りに誰もいないのに声が聞こえる 何か起りそうで怖い 乗り物に乗れない・乗るのが怖い
 ストレス（ 家庭 学校 職場 その他：)
 頭痛 めまい 腹痛 吐き気 下痢 胸がドキドキする（動悸） 息苦しくなる
 物忘れ

2. 症状はいつ頃からありますか

- 週間前から、もしくは 年 月頃から、もしくは 歳頃から

3. きっかけと思うことはありますか ない ある

[]

4. 以前に精神科や心療内科を受診したことはありますか。

- ない ある → いつ頃どこに受診されたか、わかる範囲でお知らせください

[]

5. 体調や生活状況について

食欲： 変わらない 落ちている 食べ過ぎてしまう

体重： 変わらない 減っている 増えている

眠り： 眠れている 眠れない 眠りすぎる

(複数チェック可：寝つきが悪い 何度も目が覚める 眠りが浅い 朝早く目が覚める)

便秘：普通 下痢 便秘

タバコ：吸わない 吸う(1日 本)

お酒：飲まない 飲む 機会があれば飲む
週に 日飲む→何をどれくらい飲みますか

[]

6. 現在治療中または過去に治療していた病気はありますか ない ある

糖尿病 高血圧 緑内障 脳卒中(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血) てんかん 喘息

心臓の病気() 甲状腺の病気()

肝臓の病気() 腎臓の病気()

その他：

7. 現在内服中のお薬やサプリメントはありますか ない ある

※お薬手帳を提出された方は、記入の必要はありません

[]

8. お薬や食べ物で、アレルギーや副作用が出たことはありますか ない ある

[]

9. 女性の方に質問します

生理は正常ですか はい いいえ(不順 とまっている) 閉経した(歳)

生理前の不調はありますか はい(気分： 体調：)

いいえ

現在妊娠中ですか はい(妊娠 ヶ月) いいえ わからない

現在授乳中ですか はい いいえ

書き終わりましたら、受付にお渡しく
ご記入ありがとうございました