

はじめて受診される方に

診察に先立ち、お書きになれる範囲で、下記の項目にご記入の上、受診時にお持ちください。

ふりがな			
診療希望者 氏名			
生年月日	明・大・昭平成	年	月 日生 歳
住所	〒 —		
電話番号	— —		来院手段
	クリニック名を出してお電話してもよろしいですか？ (はい ・ いいえ)		電車 車 徒歩 その他 ()

*どのようなことがお困りで受診されましたか？あてはまるものに○をつけてください。

- | | | |
|---------------|------------|---------------|
| ①不安 | ⑦気になる行動がある | ⑫薬物の問題 |
| ②緊張 | ⑧現実感が持てない | ⑬ギャンブル、買い物依存 |
| ③イライラ | ⑨家庭内での悩み | ⑭拒食・過食 |
| ④気分が落ち込む | ⑩職場の悩み | ⑮不安や緊張による身体症状 |
| ⑤眠れない | ⑪アルコール問題 | ⑯ネット・ゲーム依存 |
| ⑥対人関係が上手くいかない | | ⑰その他 |

*それはいつから？思い当たるきっかけはありますか？

*治療についてのご希望をお聞かせください

- ①診断をしてほしい
- ②症状を改善するする薬がほしい
- ③必要なら検査なども受けて、自分の状態を詳しく知りたい
- ④診察の他に、相談（カウンセリング）も希望
- ⑤職場復帰のためリワークを利用したい
- ⑥ショートケアを利用したい
- ⑦その他

*これまでにかかった心療内科・精神科あればお書きください。

医療機関名	治療期間	入院／外来	病名
	年 月～ 年 月	入院・外来	
	年 月～ 年 月	入院・外来	
	年 月～ 年 月	入院・外来	

*上記以外で、これまでにかかった病気やけががあればお書きください。

年齢	病名	治療終了／通院中	内服薬
歳		治療終了・通院中	あり・なし
歳		治療終了・通院中	あり・なし
歳		治療終了・通院中	あり・なし

*現在のからだのことにに関して気になることがあればお書きください。

*これまでに発育や発達の問題で何か指摘されたことがありましたか。

ない ・ ある（具体的に)

*最終学歴についてあてはまるものに○をつけてください

中学 ・ 高校 ・ 専門学校 ・ 大学 ・ 大学院 ・ その他

*最終学歴の状況について当てはまるものに○をつけてください

成績 / 上位 ・ 中位 ・ 下位

在学中 ・ 卒業 ・ 休学中 ・ 中退

*性格 内向的 社交的 神経質 おおらか 短気 気が長い

几帳面 責任感が強い 真面目 自己中心的

その他（具体的に)

*職歴 これまでの仕事の内容と勤務年数など、大まかにお書きください。

就職した年齢	就労した期間	職種	常勤／非常勤

*家族について

父 () 歳 もしくは () 年前に死亡

母 () 歳 もしくは () 年前に死亡

きょうだい いない いる (兄 () 人、姉 () 人、弟 () 人、妹 () 人)

結婚歴 結婚歴なし 現在結婚している 離婚した

子ども いる () 人 いない

同居している人をあげてください。 ()

病気の家族がいますか？いない いる (具体的に)

*その他

特定の薬や食物などでアレルギーが出たことがある

ある (具体的に) ない

(女性) 妊娠の可能性 ある ない わからない

*なでしこメンタルクリニックをどこで知りましたか

医療機関からの紹介 知人からの紹介 インターネットを見て

駅などの看板を見て 他者に勧められて (家族・友人・知人等)

その他 ()

以下は来院されたときに記入します

血圧 (/) mmHg 脈拍 () 回/分 (整、不整あり) SpO2 () %
身長 () cm 体重 () kg 利き手右 左