

ふりがな _____

お名前： _____

生年月日：大正・昭和・平成____年____月____日____歳

住所： _____

電話番号(携帯)： _____

※当院から直接連絡してもよい電話番号をご記入願います

・当院を知ったきっかけ（該当するものに○を付けてください）

近くで見かけて・看板などの案内・口コミや紹介・インターネット検索

（ Google 検索 ・ Yahoo!検索 ・ 病院検索サイト ・ その他 ）

以下、お答えできる範囲でご記入願います。

1. 今回受診されるきっかけになったこと、一番困っていることを教えてください。

不安・抑うつ・イライラ・不眠・やる気が出ない・物忘れ

アルコールをやめたい・その他（ _____ ）

2. 前項1について、いつ頃から症状を感じましたか？

昭和・平成____年____月頃から

3. これまで精神科病院、クリニックを受診したことはありますか？（はい・いいえ）

「はい」とお答えの方、以下ご記入をお願いします

昭和・平成____年____月頃_____病院・クリニック（病名 _____）

昭和・平成____年____月頃_____病院・クリニック（病名 _____）

4. 現在飲まれている薬はありますか？（はい・いいえ）

「はい」とお答えの方、以下ご記入をお願いします

お薬の名称（ _____ ）

5. 前項4で「はい」と答えられた方へ、現在、薬の副作用でお困りですか？

（はい・いいえ）「はい」とお答えの方、以下ご記入をお願いします

（例）昼間に眠気がある、気持ちが悪くなる、性機能障害がある

（ _____ ）

6. アレルギーはありますか？（はい・いいえ）

「はい」とお答えの方、以下ご記入をお願いします

食べ物・薬・その他（ _____ ）

7. あなたの性格に当てはまるものに○を付けてください（複数回答可）

社交的・楽天的・お人好し・明朗・世話好き・人情に厚い・活発・現実的・勝ち気

自己中心的・虚栄心が強い・派手好み・好き嫌いが激しい・完全主義・几帳面・凝り性

責任感が強い・仕事熱心・短気・潔癖・こだわりが強い・非社交的・物静か・冷淡

変わり者・無口・控え目・真面目・内気・非現実的・繊細・敏感・臆病・神経質・苦労性

8. お生まれはどちらですか？

都道府県（ _____ ） 市町村（ _____ ）

9.最終学歴を教えてください。

() 中学 ・ 高校 ・ 専門学校 ・ 大学 ・ 大学院
卒業 ・ 中退 ・ _____年 在学中

10.結婚についてお尋ねします。

未婚 ・ 既婚 ・ (昭和 ・ 平成 _____年 _____歳頃)
離婚 (昭和 ・ 平成 _____年 _____月)、再婚 (昭和 ・ 平成 _____年 _____月)
死別 (昭和 ・ 平成 _____年 _____月)

11.飲酒はされますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」とお答えの方、以下ご記入をお願いします

(例) 主にビールを一日 350ml 缶 5 本くらい

主に _____を一日 _____くらい

12.たばこは吸われますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」とお答えの方、以下ご記入をお願いします

一日 _____本くらい

13.趣味はお持ちですか？

()

14.信仰されている宗教はありますか？

()

15.職業についてお尋ねします。

現在の職業 () 勤続年数 _____年

今までの主なお仕事を順にご記入ください。

_____年 _____月～ _____年 _____月 ()

_____年 _____月～ _____年 _____月 ()

_____年 _____月～ _____年 _____月 ()

16.ご家族についてお尋ねします。亡くなられた方は「死亡」とご記入ください。

	健康状態	同居	かかっている病気
父 親	_____歳 () ()	()	()
母 親	_____歳 () ()	()	()
夫・妻	_____歳 () ()	()	()
()	_____歳 () ()	()	()
()	_____歳 () ()	()	()
()	_____歳 () ()	()	()

ご記入ありがとうございました。

記入された方のお名前 _____ 本人・配偶者・母・父・兄弟・その他

記入いただいた個人情報は当法人の個人情報保護方針に則り厳重に取り扱い致します。

