

心療内科・精神科受診の方へ（初診）

令和_____年_____月_____日

ふりがな
氏名 _____ 男・女 年齢 _____ 歳

生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____ 県・都 _____

電話番号 _____

緊急時、連絡の取れる上記以外の電話番号 _____（続柄： _____）

当院を知ったきっかけ（該当するものに○をつけてください）

インターネット検索・近くで見かけて・看板などの案内・口コミ・紹介・その他（ _____）

以下、およびご記入をお願い致します。（回答はお答えできる範囲で結構です）

1. 今回受診されるきっかけになったこと、今一番困っていることを教えてください。
（例：令和2年1月頃から、不安が強くなり寝付けなくなった。食欲もない。等）

以下、あてはまるものがあれば○をつけてください。

不安・抑うつ・イライラ・不眠・やる気がでない・物忘れ・アルコールをやめたい・
その他（ _____）

2. 今まで精神科病院、クリニックを受診したことはありますか？

いいえ はい（以下、ご記入ください）

昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月頃 _____ 病院（病名 _____）

昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月頃 _____ 病院（病名 _____）

昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月頃 _____ 病院（病名 _____）

昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月頃 _____ 病院（病名 _____）

3. 現在飲まれているお薬はありますか？

いいえ はい（薬の名前： _____）

4. 現在薬の副作用でお困りはございますか？

いいえ はい（例：昼間に眠気がある、気持ちが悪い、性機能障害がある 等）
お困りの副作用（ _____）

5. アレルギーはありますか？

いいえ はい

食べ物（ _____） 薬（ _____）

その他（ _____）

6. あなたの性格で当てはまるものに○をつけてください。

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
現実主義 ・ 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 ・ 控えめ ・ まじめ ・ 内気
非現実的 ・ 繊細 ・ 敏感 ・ 臆病 ・ 苦労性

7. お生まれはどちらですか？

都道府県 () 市区町村 ()

8. 最終学歴を教えてください。

() 中学校 ・ 高等学校 ・ 専門学校 ・ 大学 ・ 大学院
卒業 ・ 中退 ・ _____ 年在学中

9. 結婚についてお尋ねします。

未婚 ・ 既婚 (明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 _____ 年 _____ 歳頃)
離婚 (_____ 年 _____ 月 再婚 (_____ 年 _____ 月) 死別 (_____ 年 _____ 月)

10. 飲酒はされますか？

ほぼ毎日飲む (1回の飲酒で _____ を _____ 杯程度)
 週に2~3日程度飲む (1回の飲酒で _____ を _____ 杯程度)
 週に1日程度飲む (1回の飲酒で _____ を _____ 杯程度)
 ほとんど飲まない
 以前はかなり飲んでいました

11. たばこは吸われますか？

いいえ はい (1日 _____ 本くらい)

12. 趣味は何かお持ちですか？

いいえ はい ()

13. 信仰されている宗教はありますか？

いいえ はい ()

14. 職業についてお尋ねします。

現在の職業 () 勤続年数 _____ 年 _____ カ月

今までの主なお仕事を順にご記入ください。

_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月 (職業)

_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月 (職業)

_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月 (職業)

_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月 (職業)

15. ご家族についてお尋ねします。亡くなられた方は健康状態に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()	()	()

記入された方のお名前 _____

ご関係 本人・配偶者・母・父・兄弟姉妹・その他 (_____)

ご記入ありがとうございました。

ご記入いただいた個人情報についてはご家族含め他者に一切口外、開示致しません。

 北条クリニックはしもと
心療内科・精神科