

〈 初診の方へ 〉

初診年月日 平成 年 月 日

フリガナ

お名前：

生年月日： 年 月 日（ 歳） 職業

住 所（〒 - ）

電話番号：

一緒に来られた方のお名前： （続柄 ）

1. 今日はどうな問題で来院されましたか？

－ 当てはまるもの全てに チェック を付けて下さい －

- A. 眠れない 元気がない 食欲不振 不安が強い 憂うつである
B. 頭 痛 吐 き 気 手足の震え パニックに陥りやすい お腹をこわしやすい
C. 怒りっぽい 興奮しやすい 喋り過ぎる イライラする 暴力を振りそうになる
D. 物 忘 れ 独り言をいう 奇異な事をする 学校や職場へ行きたくない
E. いらない人の声が聞こえる わざと意地悪をされている 誰かに見られている

その他お気づきの症状や、理由などがありましたら、お書き下さい。

2. それはいつ頃からですか？ 年 月から（又は 歳頃から）

3. 今迄にその事で治療を受けましたか？

A. 受けていない・受けた

（ 病院・医院・クリニックに 入院・通院 した。 年 月～ 年 月）

（ 病院・医院・クリニックに 入院・通院 した。 年 月～ 年 月）

B. 当院へおいでになったのは

- ① 他院からの紹介 ② 知人から聞いて ③ ホームページを見て ④ タウンページを見て
⑤ 新聞広告 ⑥ その他（ ）

4. 御自分の性格についてお書き下さい。

－ 当てはまるもの全てに 印を付けて下さい －

- A. 鈍 感 ・ 非 社 交 的 ・ 空 想 的 ・ 無 関 心 ・ 冷 淡 ・ 過 敏
B. 陽 気 ・ 社 交 的 ・ 世 話 好 き ・ 同 情 的 ・ 行 動 的 ・ 現 実 的
C. 熱 中 し 易 い ・ 几 帳 面 ・ 融 通 性 が ない ・ 根 気 強 い ・ 頑 固
D. わ が ま ま ・ 派 手 好 き ・ 自 己 中 心 的 ・ 依 存 的 ・ 勝 気 ・ 移 り 気
E. あ き ら め や す い ・ 劣 等 感 が 強 い ・ 取 り し 苦 労 が 多 い ・ き が ね し や す い ・ 愚 痴 っ ぽ い
心配性

※ 2ページ目もご記入下さい

5.今迄にかかった主な病気・ケガ、治療の有無をお書き下さい。

病名：_____（_____才）治療中・治療終了

病名：_____（_____才）治療中・治療終了

6.現在、感染症の疾患にかかっていますか？

いいえ・はい（_____）

7.アレルギーがありますか？

A. いいえ

B. はい 喘息 花粉症 アトピー性皮膚炎 その他（_____）

薬剤過敏（薬剤名：_____）

食物（食品名：_____）

8.家族・親戚に下記の病気の方はいらっしゃいますか？

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓疾患

精神疾患 アレルギー性疾患 肝炎（B型・C型）

その他（_____）

9.生活史について

A. 生まれたところ：（_____）都道府県

B. 最終学校：（_____）大学・短大・専門学校・高校・中学（卒業・中退・在学中）

C. 職歴： ① _____ に（_____年 _____月 ～ _____年 _____月）

② _____ に（_____年 _____月 ～ _____年 _____月）

③ _____ に（_____年 _____月 ～ _____年 _____月）

④ _____ に（_____年 _____月 ～ _____年 _____月）

⑤ _____ に（_____年 _____月 ～ _____年 _____月）

D. 結婚： 既婚・未婚・離婚

10.家族構成

11.嗜好品について

A. タバコは、吸わない・吸う（1日_____本位）

B. お酒は、飲まない・飲む（_____才頃から）

飲むのは（ビール・ウイスキー・清酒・ワインを多・中・少量）

C. 常用薬は、ない・ある（薬剤名：_____）

D. 趣味は、ない・ある（具体的に：_____）

※現在、通院されております病院等ございましたら、紹介状を御持参下さいませお願い致します。