

初めて診察を受けられる方へ

フリガナ：() 診察日： 年 月 日 ()

お名前： 性別：(男・女) 年齢：()歳

住所：〒

連絡先：携帯 — — 自宅 — —

緊急連絡先：氏名： 患者さんとのご関係()電話

1. 相談したいこと、困ってらっしゃることは何ですか？

2. 具合が悪くなったのは、(昭和・平成・令和)()年()月頃から
 (急に・徐々に・不明)に始まった。症状の頻度は(常に・時々・まれに)ある。
 現在の症状は、(初めて・以前も)頃あった)
 きっかけは(ある・ない・わからない)

3. きっかけで、思い当たることがあれば教えて下さい。

4. 現在の様子について教えて下さい。(該当するものに、 チェックを入れて下さい)

1) 睡眠について

よく眠れている 寝つきが悪い トイレ以外で途中2回以上目が覚める
一度目が覚めると1時間以上寝つけない 眠りが浅い 朝なかなか起きられない
 だいたい睡眠は、 時頃に布団に入り 時頃寝付いて、 時に起きる。

2) 気分について

落ち込んでいる イライラする すぐ怒る 気分には波がある すぐ涙が出る
 その気分は、いつから()続けている。

3) 食欲について(ある・ない)現在の身長()cm、体重()kg

過去6か月間の体重の変化は、(維持・増加・減少)

期間： カ月で、 kg (増・減)

5. 元々の性格を教えてください。(該当するものに、 チェックを入れて下さい)

- 明るい 活発 真面目 几帳面 こだわりが強い 責任感が強い
 頑固 わがまま 忘れっぽい うっかり 怒りっぽい 穏やか
 何かしないと落ち着かない 神経質 おとなしい

6. これまでに心療内科、精神科に受診したことがありますか？ ない ある

例) 30歳の頃、うつ病で、〇〇病院に通院していた。

- ()
 ()
 ()

7. これまでに大きなケガや病気、手術をしたことがありますか？ ない ある

例) 25歳の頃、虫垂炎、〇〇病院で手術をした。30歳の頃から糖尿病で〇〇病院に通院中。

8. 現在、内服中の薬はありますか？市販薬やサプリメントも含む。

- ない お薬手帳参照 ある (下記へ薬剤名記載)

[]

9. お酒やタバコは、たしなみますか？

タバコ： いいえ はい 1日()本/()歳から 以前、吸っていた。

お酒： 飲まない 時々飲む 毎晩飲む 昼から飲む

(週 日) (種類・量：)

10. シンナー、大麻、覚醒剤、違法薬物の使用歴はありますか？

- ない ある ()を()年/ヵ月間、使用していた。

11. お薬や食べ物でアレルギーはありますか？ ない ある

歳頃、 という薬/食べ物で、 症状がでた。

12. ご親族で精神科治療を受けた方はいらっしゃいますか？ いない いる

どなたが？ ()、どういう病気で？ ()

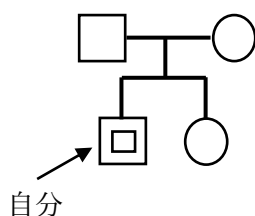
()病院に (通院していた ・ 現在も通院中 ・ 入院中 ・ 以前入院していた)

13. 現在の生活環境 自宅 (同居者：) 一人暮らし

施設 () その他 ()

家族図 (…男性 …女性 …自分 …自分)

例)



14. 生活状況についてお聞きします。

1) 生まれたところはどこですか？ () 県 () (市・町・村)

2) 出生時に何か問題はありましたか？

ない ある (詳細: _____)

3) 成長や発達に遅れを指摘されたことは？

ない ある ()才の時に、(_____)

4) 出生後、引っ越ししましたか？

0歳から _____ 歳まで _____ 県 _____ (市・町・村)

_____ 歳から _____ 歳まで _____ 県 _____ (市・町・村)

_____ 歳から _____ 歳まで _____ 県 _____ (市・町・村)

_____ 歳から _____ 歳まで _____ 県 _____ (市・町・村)

5) 学生時代のことを教えてください。

() 小学校卒 成績 (上・中・下)

() 中学校卒 成績 (上・中・下)

() 高校卒・中退 成績 (上・中・下)

() 大学・短期・専門学校 (卒業・中退)

在学中、() 年生 ~ () 年生の時、学校へ行かなかった。

理由は、()

部活動は、中学生の時 () 部、高校生の時 () 部

6) 結婚歴はありますか？

ない ある (S・H・R 年・ 歳で結婚 子供 人)

() 歳の時、離婚

7) 現在のお仕事について教えてください。

通常就労 (休職中・無職) () 年 () 月から仕事をしていない。主婦 仕事をした経験がない。 その他 ()

・職種・仕事内容 (_____)

・職歴 (現在の就労先と異なる場合は時系列で記載をお願いします)

() 歳から () 歳まで () をしていた。

() 歳から () 歳まで () をしていた。

() 歳から () 歳まで () をしていた。

() 歳から () 歳まで () をしていた。

8) 女性の方にお聞きします。

・現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、授乳中ですか？

いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)・月経前・月経中の体調不良はありますか？ はい いいえ

・体調不良ある方はどんな症状がありますか？ ()

15. 当院を何でお知りになりましたか。

他院 () からの紹介 知人 家族 広告 google 検索その他のインターネット検索 クリニックの看板 その他 ()

認知症や物忘れのご相談の方へ

※認知症や物忘れのご相談の方は、4 ページ（このページ）目まで、 チェックを入れて下さい。 そうでない方は、3 ページまでを受付まで提出して下さい。

氏名() 初診日 年 月 日

記入者 (ご本人 ・ ご家族)

- 同じことを何度も言ったり、聞いたりする回数が増えた
- 置き忘れやしまい忘れが目立つようになった
- 計算の間違いが多くなった。買い物のときに小さなお金を使わなくなった
- ものの名前がでてこない
- 今会った人のことをすぐ忘れてしまう
- 時間の感覚が不確かになった
- 場所の感覚が不確かになった
- 慣れている場所で道に迷ったことがある
- 料理の手順を間違えてうまく作れなかったり、味付けがおかしかったりする事がある
- 複雑なテレビドラマが理解できなくなり見なくなった
- 話のつじつまが合わなかったり、取り繕う(ごまかす)ような会話をしたりする事がある
- いつもしていた日課をしなくなった
- これまで興味があったことに関心を示さなくなった
- 服装がだらしなくなった(ボタンの掛け違い・季節にそぐわない洋服選び)
- 通帳や印鑑、財布をあっちこっちにしまい忘れ、盗まれたという (被害妄想)
- 誰もいないのに、会話をしていることがある (幻聴)
- 見えないものが見えるという (幻視・幻覚)
- 以前よりひどく疑い深くなった (性格変化)
- ささいなことで怒りっぽくなった (性格変化)
- 寝言を言う
- その他気になること ()