



記入者 (本人・代筆者:

本人との続柄:

)平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	(天正・昭和・平成)
氏名		男 女	年齢	年 月 日 ( 歳)
住所	〒		電話番号	(自宅) (携帯)
※当院をどちらで知られましたか? 1、ホームページ 2、当院看板 3、ご家族・知人からのご紹介 4、他院からのご紹介 5、その他( )				

※書ける範囲で構いません

### 1、どんなことでお困りですか？(特に困っている項目は○で囲んで下さい。いくつでも可)

- ねむれない 食欲がない 気持ちが落ち込む 意欲がでない 不安になる 動悸がする  
緊張する 泣きたくなる 体がだるい 会社や学校へいけない おこりっぽい 物忘れが多い  
アルコールがやめられない 対人関係に悩んでいる(子供・配偶者・パートナー・会社・友人・その他)  
その他(具体的にご記入下さい)【

### 2、その症状はいつ頃からありますか？

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃 あるいは\_\_\_\_\_歳頃から  
 ・思い当たる原因があれば教えて下さい。

【 \_\_\_\_\_ 】

・そのことで治療を受けたことはありますか？ (ある・ない)

「ある」とお答えの方→( \_\_\_\_\_ 病院・医院 \_\_\_\_\_ 科)

### 3、現在、心療内科・精神科以外でおかかりの病院(医院)はありますか？

\_\_\_\_\_の病気/けがで\_\_\_\_\_病院・医院に通院中  
 \_\_\_\_\_の病気/けがで\_\_\_\_\_病院・医院に通院中  
 \_\_\_\_\_の病気/けがで\_\_\_\_\_病院・医院に通院中

### 5、現在服用されている薬があれば、お書き下さい。(お薬手帳をお持ちの方は記入の必要ありません)

【 \_\_\_\_\_ 】

### 6、これまでした大きな病気、入院、手術などあれば、お書き下さい。

【 \_\_\_\_\_ 】

### 7、薬や食べ物のアレルギーはありますか？

ない \_\_\_\_\_ ある( \_\_\_\_\_ )

### 8、生活について教えて下さい。

1)現在のお仕事(会社名・職種等)または学校名(学部・学年)を教えてください。

【 \_\_\_\_\_ 】

2)過去の主な職歴を簡単に教えてください(〇〇に約何年など)。

【 \_\_\_\_\_ 】

3)出身地と最終学校名を教えてください。

(出身地: \_\_\_\_\_ 最終学校名: \_\_\_\_\_ 卒・中退)

4)趣味があれば教えてください。

【 \_\_\_\_\_ 】

