

はじめて診察を受けられる方へ

記入日 年 月 日

【診察の流れ】

1. 正面受付へ[健康保険被保険者証]を提出します。[紹介状]がある場合は[紹介状]もお出しください。
2. この用紙を記入していただき、外来受付へ提出してください。
3. あらかじめ精神保健福祉士や臨床心理士が簡単にお話を伺います。（受診相談）
4. 医師の診察となります。

(注) 相談内容により、また医師の診察の都合によって診察順番が入れ替わることがございます。あらかじめ、ご了承ください。

※ ご本人がご記入困難な場合、付き添いの方がご記入下さい。

本人	フリガナ 氏名	様	住所	〒	
	(男・女)	(生年月日)	☎	ご自宅	携帯
付き添いの方	フリガナ 氏名	様	住所	〒	
	(続柄)		☎	ご自宅	携帯
緊急連絡先		(氏名)	(続柄)	(電話番号)	

① ご相談したい内容の項目に○をお付けください。特に困っている項目には◎をお付け下さい。

(複数選択可)

- | | | |
|-------------------------------------|----------------|-------------------|
| ア. 憂うつでたまらない | イ. 緊張が激しい | ウ. 些細なことが気になってしまう |
| エ. 人に会いたくない | オ. 物忘れがひどくなった | カ. 対人関係がうまくいかない |
| キ. お酒がやめられない | ク. 疲れやすい | ケ. 学校・会社に行くのがおっくう |
| コ. 朝起きられない | サ. 寝付けない | シ. 夜中に目が覚めてしまう |
| ス. 眠れない | セ. イライラする | ソ. めまいがする |
| タ. 意欲が出ない | チ. 不安になる | ツ. 声が聞こえる |
| テ. 食欲がない | ト. 食べ過ぎることがある | ナ. 食べない・食べられない |
| ニ. 動悸がする | ヌ. まわりの視線が気になる | ネ. 死にたいと思うことがある |
| ノ. 頭痛や頭が重い感覚がある | ハ. 首や肩がこる | ヒ. 肩や腰が痛い |
| フ. その他気になること (例：最近元気すぎると言われることがある。) | | |

●裏面もありますので、ご記入下さい●

② ①のような状態になられたのはいつ頃からですか？

_____年_____月_____日頃から

③ ①のような状態になられて、その後の経過はどうですか？

- ア. 徐々に悪くなってきている
- イ. 良くなったり悪くなったりしている
- ウ. 悪くなってからは、そのまま変わらない
- エ. 徐々に良くなってきている
- オ. その他 (

④ ①のことでどこかの病院へ行かれましたか？

いいえ ・ はい

病院・診療所名	治療期間	
	年 月 ~ 年 月	入院・外来
	年 月 ~ 年 月	入院・外来
	年 月 ~ 年 月	入院・外来

現在飲んでいる薬があれば、お書き下さい。※お薬手帳をお持ちでしたらご提出ください。

{ _____ }

⑤ いままでアレルギー（特に薬物アレルギー）があると言われたことはありますか？
または薬の副作用が強く出たことはありますか？

いいえ ・ はい → 原因となった薬や食品の名前をお書き下さい。

{ _____ }

⑥ いままでに入院するような大きな病気（またはケガ）をしたことがありますか？

いいえ ・ はい

(病名: _____ その時の年齢: _____)

⑦ ④以外で現在治療されている病気やケガはありますか？

いいえ ・ はい → 治療している病名 (_____)
→ 現在飲んでいるお薬を下にお書き下さい。

{ _____ }

⑧ 女性の方にお聞きします。現在妊娠している、妊娠の可能性がありますか？

いいえ ・ はい

⑨ 女性の方にお聞きします。最終月経はいつ頃ですか？

年 月 日 : 周期 (_____ 日に一度) ・ 不定期 ・ 不明