

# 初診用受け付け票

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\*お名前 \_\_\_\_\_ ふりがな \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

住所： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

\* 同伴者お名前： \_\_\_\_\_ ふりがな \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_

\* 当院より連絡を取れる緊急連絡先：

お名前と読み方 \_\_\_\_\_ ふりがな \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_

## 1. 本日相談したいこと、お困りのことはどのようなことですか？

- 不安  意欲がない  疲れやすい  ゆううつ  できていたことが出来ない
- 食欲がない  おっくうさを感じる  やけになってしまう  気分のムラが大きい
- 寝付けない  夜中に目がさめる  朝起きられない  職場や学校の悩み
- 緊張が強い  呼吸がしにくくなる  動悸が強い  イライラする  パニックになる
- 声や音が聴こえて困る  恐怖心が強い  嫌がらせを受けている
- 物忘れがある
- お酒がやめられない  発達について相談したい

その他、相談したいことをお書きください

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

## 2. 精神科、または心療内科を受診されたことはありますか？

ない

ある

現在も治療中（クリニック名 \_\_\_\_\_ ）

過去に治療歴あり（いつ頃 \_\_\_\_\_ どこで \_\_\_\_\_ ）

3. 今、治療を受けている体の病気はありますか？

ない

ある（どのような病気で

受診先

）

4. 今、飲んでいるお薬はありますか？

ない

ある→わかる範囲で教えてください

---

---

5. 薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？

ない

ある→何でどのようになりましたか？

何で\_\_\_\_\_どのように\_\_\_\_\_

6. 出身や家族構成についてお聞きします

ご出身はどちらですか？\_\_\_\_\_

今、ご結婚は

している（ 回目）

していない

今、一緒に住んでいる方を教えてください

7. タバコとお酒についてお聞きします

・タバコ：吸わない

吸う→一日\_\_\_\_\_本くらい

・お酒：飲まない

飲む→一日\_\_\_\_\_くらい

8. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

クリニックや病院からの紹介

公共機関や役所などの紹介（名称 \_\_\_\_\_）

インターネット

広告など

知り合いなどの紹介（どなたから \_\_\_\_\_）

その他（ \_\_\_\_\_ ）

以上です。記入が済みましたら受付へお渡しください。