

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 _____ ふりがな _____

電話番号： _____ 続柄： _____

1. 今、最も困っていて相談したいのはどのようなことですか？

→いつ頃から？ _____

2. 他にお困りなのはどのようなことですか？

体力： 意欲がない 疲れやすい できていたことが出来ない

おっくうさを感じる 頭痛 その他、体の痛み→どこが？ _____

食欲： 食欲がない 体重が減っている 吐くことが多い

気分： ゆううつ やけになってしまう 急に涙が出る 消えてしまいたいと思う

ハイになる、疲れを感じなくなることが周期的にある イライラする

睡眠： 寝付けない→どのくらいの時間？ _____

夜中に目がさめる→何回くらい？ _____ 回くらい

朝起きられない

不安： 不安が強い 緊張が強い 呼吸がしにくくなる 動悸が強い

パニックになる→どんな時に？ _____

体験： 声や音が聞こえて困る 嫌がらせを受けている

その他： お酒がやめられない 物忘れがある 職場や学校の悩み

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

3. 精神科、または心療内科を過去に受診されたことがある方は教えてください

いつ頃_____どこで_____通院した期間_____

4. ご家族について教えてください

父は 健在 死去→いつ頃?_____ 母は 健在 死去→いつ頃?_____

兄弟姉妹（全部で__名 兄__人 姉__人 弟__人 妹__人） 自分は_____番目

結婚歴 ない ある 子供 いない いる→息子__名 娘__名

ご家族、ご親戚で精神科や心療内科にかかっている方はおられますか？

いない いる→誰?_____ 症状の内容?_____

5. 現在一緒に住んでいるのはどなたですか?_____

6. 治療の上で一番頼りになるのはどなたですか?_____

7. 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_____）

8. 今、飲んでいるお薬はありますか？（お薬手帳持参の方は飛ばしてください）

ない

ある→わかる範囲で教えてください

9. 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→何を?_____

10. お薬についてお聞きします。お薬の使用について

お任せしたい。積極的に検討してほしい

必要があるなら飲んでほしい

できれば飲みたくない→理由?_____

絶対、飲みたくない→理由?_____