

記入日： 年 月 日 記入者：本人・その他（ ）

フリガナ お名前	性別 男・女
生年月日 年 月 日	年齢 才
現住所 〒	電話 () 携帯

<p>① 当院をどこでお知りになりましたか？</p> <p>-----</p> <p>② 家族構成(同居の方に○をつけて下さい)</p> <p>配偶者 父 母 兄 姉 弟 妹</p> <p>祖父 祖母 叔父 叔母 他親類</p> <p>子供 男 ()歳 ()歳 ()歳</p> <p>女 ()歳 ()歳 ()歳</p> <p>その他 ()</p> <p><u>精神疾患の方がいらっしゃれば教えて下さい</u></p> <p>-----</p> <p>③ 職業・職種/学校名・学年</p> <p>最終学歴</p> <p>職歴</p> <p>-----</p> <p>④ 薬物アレルギー (有・無)</p> <p>内容</p> <p>-----</p> <p>⑤ 服用中の薬 (常備薬・サプリメントなど)</p> <p>-----</p> <p>⑥ 嗜好</p> <p>たばこ 1日 本ぐらい</p> <p>アルコール</p> <p>コーヒー 杯</p> <p>紅茶・日本茶 杯</p> <p>その他</p>	<p>⑦ 今つらい事、受診目的は、どんな事ですか。</p> <p><u>下記よりいくつでも○で囲んで下さい。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・発達障害鑑別 (コミュニケーション・こだわり・感覚過敏・落ち着き・不注意・衝動性・他) ・家庭・学校・職場などでうまくやれない・いけない ・不安・緊張・焦燥感・パニック・手洗い確認が多い ・興奮・イライラ・躁状態 (多弁/多動) ・攻撃性(ムツとする/カッとする)・自傷行為 ・意欲低下・集中力低下・憂鬱・死にたい・悲しい ・幻聴・被害的思考・悲観的思考・妄想() ・不眠(寝付けない・中途覚醒・早朝覚醒)・過眠 ・認知症 (言動がおかしい・物忘れ) ・依存 (パチンコ・ギャンブル・ネット・薬物など) ・肩こり・疲労感・胸内苦悶・動悸(ドキドキ)・頭痛・下痢・便秘・吐き気・けいれん・チック ・食欲不振・体重減少・拒食・過食・嘔吐 ・その他 () <p>-----</p> <p>⑧ <u>過去の病気・外傷(身体的・精神的)</u> 特になし</p> <ul style="list-style-type: none"> ・てんかん・チック・緑内障・ぜんそく・重症筋無力症・前立腺肥大・糖尿病・肝障害・腎疾患・心臓病・高血圧・甲状腺疾患・褐色細胞腫・脳血管障害・外傷 ・現在通院中・通院場所 () ・その他ご記入下さい <p>-----</p> <p>⑨ <u>現在の身体的・精神的症状(⑦⑧以外)</u></p> <p>-----</p> <p>⑩ <u>妊娠もしくは授乳中ですか</u> (はい・いいえ)</p> <p>-----</p>
---	---

裏面にもご記入ください (ゆうきあさな こころのクリニック)

