

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、今つらい事、困っていること、受診の目的を教えてください。あてはまるものを○で囲んで下さい。</p> <p>不安が強い 緊張が強い 意欲がわからない 集中できない 寝付けられない 途中で目が覚める 朝早く目が覚める ぐっすり眠れない 疲れが取れない 寝ても寝ても眠い 寝過ぎてしまう 食欲がわからない 食事がおいしくない 食べ過ぎる イライラする ソワソワする 疲れが取れない 音に敏感 気持ちが落ち込んでいる 気分のムラが激しい じっとしてられない 人やものに当たってしまう やめられなくて困っていることがある（食べ吐き、自傷、お酒、ギャンブル、パチンコ、ゲーム、ネット、薬物、その他） 何度も手を洗わないと気が済まない 何度も確認しないと気が済まないことがある 物忘れ 以前できていたことができなくなった ドキドキして死んでしまうのではないかと感じることもある 過呼吸 息苦しい ドキドキ（動悸） 吐き気 めまい 頭痛 肩こり 腹痛 下痢 便秘 けいれん チック 人にどう思われるか気になる 音に敏感 家庭・学校・職場などでうまくいかない 発達障害かどうか気になる、人にそうではと言われて 認知症かどうか気になる、人にそうではと言われて 死にたい、消えてしまいたいと思うことがある その他（ ）</p> <p>-----</p> <p>2、過去の病気や大きなけがなど 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・大きなけが ・現在通院中・通院場所（ ） ・その他ご記入下さい 	<p>3、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 祖父 祖母 叔父 叔母 他親類 子供 男（ ）歳（ ）歳（ ）歳 女（ ）歳（ ）歳（ ）歳 その他（ ）</p> <p>精神疾患の方がいらっしゃれば教えてください</p> <p>-----</p> <p>4、妊娠もしくは授乳中ですか （ はい ・ いいえ ）</p> <p>-----</p> <p>5、薬物アレルギー（有・無） 内容</p> <p>-----</p> <p>6、服用中の薬（常備薬・サプリメントなど）</p> <p>-----</p> <p>7、嗜好</p> <p>たばこ 1日 本ぐらい お酒 1日 くらい コーヒー 杯 紅茶・日本茶 杯 その他</p> <p>-----</p> <p>当院をどこでお知りになりましたか？ 紹介・ネット検索・看板・その他（ ）</p>
--	---

