記入日：令和　　　　年　　　　月　　　　日

**初めて受診される患者様へ**

★ 診察までの間、分かる範囲で以下の項目にご記入をお願い致します。

（なお、全て患者様ご本人についての質問です）

＊本日診察を受けられる方

　お名前：　　　　　　　　　　（男・女）　年齢：　　歳　生年月日：（大正・昭和・平成）　年　 　月　 日

　住所：〒

　ご連絡可能な電話番号 ： 自宅 ：　　　　　　　　　　　　　携帯 ：

＊同伴者　お名前 ：　　　　　　　　続柄 ：　　　　連絡先 ：

＊緊急連絡先　お名前 ：　　　　　　　続柄 ：　　　　　連絡先 ：

1. ご連絡する時に、はらだメンタルクリニックと名乗っても構いませんか？：　良い・悪い
2. どちらで、このクリニックのことをお知りにになりましたか？（○をつけてください）
ホームページ・電柱広告・タウンニュース・新聞折り込み広告・その他（　　　　　　　　　　　　　）

（1）今日はどのようなことで来院されましたか？

以下で、あてはまるものに○をつけてください。

反抗的　・　拒否的　・　乱暴　・　興奮　・　誰かに見られているような気がする ・　口をきかない　・
周囲が何となく変わったように感じる　・　自分だけのけ者にされる　・　ぼんやりしている　・
いるはずのない人の声が聞こえる　・　ないものが見える　・　悪口を言われる　・　噂されている　・
わざといじわるされる　・　元気が良すぎる　・　早起きする　・　まとまりがない　・　人柄が変わった　・　独り言をいう　・　ひとり笑いがある　・　気が重い　・　気が沈む　・　もの哀しい　・　イライラする　・　不安　・　性欲がない　・　しゃべりすぎる　・　急に力が抜けたり眠くなったりする　・　元気がない　・　疲れやすい　・　飽きっぽい　・　仕事をする気がない　・　頭痛　・　吐き気　・　胃腸の調子が悪い　・　眼がよく見えない　・　手足が震える　・　手足がしびれる　・　舌がうまく回らない　・　物忘れ　・
話がまわりくどい　・　涙もろい　・　怒りっぽい　・　ひきつけ　・　気を失う　　・
その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（2）いつ頃から具合が悪くなりましたか？　：　平成　　年　　月　頃より

（3）受診はご本人のご希望ですか？　：　はい　・　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　）

（4）今までに精神科・心療内科にかかったことはありますか？　：　はい　・　いいえ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（「はい」の方は下記をご記入ください）

1.（　）歳の頃、（　　　　　 　　　）病院・クリニックに　通院 ・ 入院　（期間：　年　月～　年　月）

　　2.（　）歳の頃、（　　 　　　　　　）病院・クリニックに 通院 ・ 入院　（期間：　年　月～　年　月）

（5）現在、精神科以外に通院している病院がありますか？　：　はい　・　いいえ

（「はい」の方はご記入ください）　（　　　　　）病院・クリニック 　病名　（　　　　　　　　　　　）

（6）今までに下記の病気にかかったり入院、手術を受けたことがありますか？

　　喘息 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 肝炎 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 痛風 ・ 虫垂炎（盲腸） ・ 前立腺肥大 ・ 梅毒 ・ 結核 ・ 痙攣 ・ 失神 ・ 頭部外傷 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 緑内障 ・ 白内障 ・ （　　　　癌） ・　その他（　　　　　　　　）■　（　　　）歳頃　（　　　　　　　　　　）病院で　入院　・　手術

☆　次のページに続きます　☆

（7）本日お薬手帳はお持ちですか？　：　はい　・　いいえ
わかる範囲で普段飲のお薬を教えてください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（8）現在の健康状態についてお尋ねします。

■　身長　（　　　　　　　　　　）ｃｍ　　　体重　（　　　　　　　　　　）ｋｇ

■　食欲：　良好　・　不振　　⇒ここ最近の体重　（　　　）ヶ月で（　　　）ｋｇ　増加　・　減少
■　睡眠　：　良好　・　不眠
　　「不眠」の方　⇒　寝付けない　・　夜中に何度も起きる　・　朝早く目が覚める　・　眠りが浅い

（9）女性の方にお伺いします。

■　生理は順調ですか？　：　はい　・　不順　・　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

■　現在妊娠中ですか？　：　はい　・　いいえ　・　不明　（　　　　 　　　　　　　　 　　　　　）

■　現在授乳中ですか？　：　はい　・　いいえ

（10）お薬や食べ物によるアレルギーはありますか？　：　いいえ　・　はい　（　　　　　　　　　　　　　）

　　■　飲酒回数は？　：　付き合い程度 ・ 週1回程 ・ 週2～3回程 ・ 週5～6回程 ・ 毎日

（11）たばこは吸いますか？　：　吸わない　・　吸う　⇒　1日　（　　　）本位　喫煙歴（　　　）年

（12）今までシンナーや覚せい剤などの薬物を使用したことがありますか？　：　いいえ　・　はい

　　「はい」の方　⇒　何を　：　（　　　　　　）　使用歴　：　（　　　　　　　　　　）

（13）出身地　：　（　　　　　　　　　　　　　　）

（14）あなたが生まれた時のご様子はどうでしたか？：正常・異常⇒早産（　　）ヶ月 ・ 仮死 ・ その他

（15）最終学歴　：　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　卒業　・　中退

（16）職歴：現在　（　　　　　　　　　）　これまで　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

（17） 熱心な宗教はありますか？　：　ない ・ 仏教 ・ 神道 ・ キリスト教 ・ その他　（　　　　　　　）

（18）婚姻歴　：　未婚 ・ （　　　　）歳の頃に　初婚 ・ 再婚 ・ 離婚 ・ 死別 ・ その他

（19）家族構成　：　親、兄弟、配偶者、子供（３等親）まで、分かる範囲でご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 年齢 | 続柄 | 同居 | 職業などなんでも |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（20）血のつながった方で、精神科や神経科の病気にかかったり、同じような症状で病院に通院をしていた（いる）方、あるいは自殺された方がいらっしゃいますか？　：なし・あり

ありの場合　⇒　（その方の病名：　　　　　　　　　　続柄　：　　　　）

（21）血のつながった方で、糖尿病の方はいらっしゃいますか？　なし ・ あり ⇒ （その方の続柄 ：　　　　）

★　ご協力ありがとうございました　★