

患者さんのお名前

年齢

記入者名

続柄

( )

1) 現在、困っていることは何ですか。

- |                                  |                                    |  |                                       |                              |
|----------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭痛      | <input type="checkbox"/> 吐き気       | <input type="checkbox"/> 目が見えにくい           | <input type="checkbox"/> ふるえ          | <input type="checkbox"/> 動悸  |
| <input type="checkbox"/> しびれ     | <input type="checkbox"/> ひきつけ      | <input type="checkbox"/> 気を失う              | <input type="checkbox"/> 物忘れ          | <input type="checkbox"/> めまい |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい    | <input type="checkbox"/> 寝つけない     | <input type="checkbox"/> 朝早く目がさめる          | <input type="checkbox"/> 夜何度も目がさめる    |                              |
| <input type="checkbox"/> 不安      | <input type="checkbox"/> 性欲がない     | <input type="checkbox"/> 食欲がない             | <input type="checkbox"/> 何もする気がしない    |                              |
| <input type="checkbox"/> 気が沈む    | <input type="checkbox"/> ものさみしさ    | <input type="checkbox"/> 元気がよすぎる           | <input type="checkbox"/> しゃべりすぎる      |                              |
| <input type="checkbox"/> 怒りっぽい   | <input type="checkbox"/> イライラ      | <input type="checkbox"/> 人に見られている          | <input type="checkbox"/> 噂される         | <input type="checkbox"/> 乱暴  |
| <input type="checkbox"/> 興奮      | <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない |  | <input type="checkbox"/> 職場や学校へ行きたくない |                              |
| <input type="checkbox"/> 人柄が変わった |                                    | <input type="checkbox"/> 実際にはないものが見える・聞こえる |                                       |                              |
| <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                    |  |                                       |                              |

2) それはいつ頃からですか。

3) きっかけと思われることがありましたか。

- ない       ある ( )

4) このような悩みで心療内科,もしくは精神科に通院したことがありますか。

- ない       ある ( \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 )  
( \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 )

5) 患者さんはもともとどのような性格でしたか。

- |                                  |                               |                                 |                                 |                                |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 無口      | <input type="checkbox"/> 内気   | <input type="checkbox"/> 現実的    | <input type="checkbox"/> 粘り強い   | <input type="checkbox"/> くどい   |
| <input type="checkbox"/> 爆発的     | <input type="checkbox"/> 世話好き | <input type="checkbox"/> 人に気を使う | <input type="checkbox"/> 見栄坊    | <input type="checkbox"/> 大げさ   |
| <input type="checkbox"/> わがまま    | <input type="checkbox"/> 甘えん坊 | <input type="checkbox"/> 神経質    | <input type="checkbox"/> 心配性    | <input type="checkbox"/> 几帳面   |
| <input type="checkbox"/> 冷たい     | <input type="checkbox"/> 嘘をつく | <input type="checkbox"/> 交際好き   | <input type="checkbox"/> 完全主義   | <input type="checkbox"/> 熱しやすい |
| <input type="checkbox"/> 現実的ではない |                               | <input type="checkbox"/> 意志が弱い  | <input type="checkbox"/> 責任感が強い |                                |

6) いままで大きな病気やケガをしたことがありますか。

- ない       ある ( 病名 \_\_\_\_\_ いつ頃ですか \_\_\_\_\_ )

7) アレルギーはありますか。

- ない       ある ( 薬品 \_\_\_\_\_ ) ( 食品 \_\_\_\_\_ )

▼裏面にもご記入下さい

8) 女性の方のみお答えください。

月経は  順調  不調  閉経 (  才 )

9) お酒は

飲まない  飲む ( 何を \_\_\_\_\_  毎日  時々 \_\_\_\_\_ )

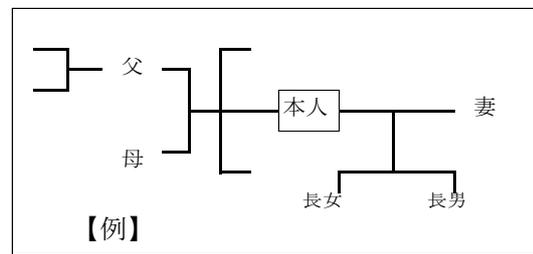
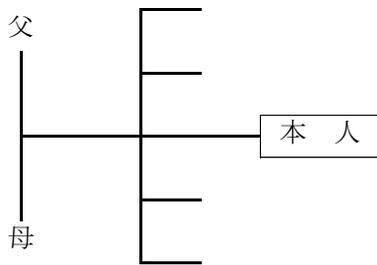
10) タバコは

吸わない  吸う ( 1日 \_\_\_\_\_ 本 )

11) 常用薬はありますか。

ない  ある (薬の名前 \_\_\_\_\_ )

12) 家族構成を教えてください。



13) 最終学歴

中学  在学中  
 高校  中退  
 大学  卒業  
 専門  その他 ( \_\_\_\_\_ )

14) 職業を教えてください。

【 \_\_\_\_\_ 】

15) 趣味はありますか。

ない  ある ( \_\_\_\_\_ )

16) 信仰はありますか。

ない  ある ( \_\_\_\_\_ )

17) ご来院のきっかけは

他院からの紹介 (病院名 \_\_\_\_\_ )  知人からの紹介  
 インターネットを見て  駅・ビルの看板を見て  その他 ( \_\_\_\_\_ )  
あさか台メンタルクリニック