

# 初めて診察をお受けになる方に

紹介状(診療情報提供書)をご持参の方は受付にご提出ください。

以下にわかる範囲でお書きいただき(5分程度)受付にお渡しください。詳細は問診・診察時に伺います。

令和	年	月	日	記入者： 本人 ・ 同伴者		
ふりがな			性別	自宅		
氏名			男・女	連絡先	携帯	
				E-mail		
生年月日	年	月	日 ( 歳)	最終学歴	婚歴	未婚・既婚 離婚歴有・再婚
住 所	〒		―	出身地	子供	有 ( 人 ) ・ 無
同伴者	ふりがな	続柄		本人職業	転職歴	
	氏 名	( )			( 無 ・ 有 _____ 回 )	
現在の症状、お悩みお困りごとの概要を簡潔にお書きください。詳細は直接聞き取りいたします。(WEBや電話予約)						
思い当たる原因やきっかけはありますか？						
精神科・心療内科での受診歴： 有 (以下ご記入ください) ・ 無						
病院 科( 年 月～ 年 月まで) 通院・入院						
病院 科( 年 月～ 年 月まで) 通院・入院						
服薬中の薬： 効果の自覚：有・無						
当院への受診経緯：						
お体での大きな病気： 有 (以下ご記入ください) ・ 無						
病院 科( 年 月ごろ)入院・手術→治療継続中・終了						
病院 科( 年 月ごろ)入院・手術→治療継続中・終了						
持病：糖尿病・緑内障・不整脈・その他：						
服薬中の薬：						

身体状態

アレルギー：

ひきつけ・痙攣：有 ・ 無

体重：変わらない・やせた・太った(      kg→      kg)

食欲：変わらない・増えた・減った

睡眠： \_\_\_\_\_時間 ( \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ )

睡眠の質：症状に○をつけてください

寝付けない・夜中目が覚める・目覚めが早い・寝た気がしない・夢が多い

お酒：飲まない ・ 飲む (週に      日、 1日に飲む量      )

趣味・日課：

女性の方

月経：順 ・ 不順 ・ 無月経 ・ 閉経

妊娠の予定：有 ・ 無

下記の該当するものに○をお付け下さい

- |                |                       |
|----------------|-----------------------|
| ・ 意欲がわからない     | ・ 憂鬱                  |
| ・ 不安           | ・ 誰かに見られている気がする       |
| ・ 実際にはないものが見える | ・ 自分のことを噂されている気がする    |
| ・ 落ち着きがない      | ・ 姿が見えないのに話しかける声が聞こえる |
| ・ イライラしやすい     | ・ 周囲に迷惑をかけている         |
| ・ 興奮しやすい       | ・ 物忘れが多い              |
| ・ 朝起きるのがつらい    | ・ 自分を傷つけたくなる          |

当院をどちらでお知りになりましたか？

診断書作成のご希望がありましたら、希望される内容についてご記載ください。

※診察時に医師へもお申し出ください