

## はじめて受診される方へ

令和 年 月 日

|      |  |      |                                |
|------|--|------|--------------------------------|
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和・平成 年                        |
| お名前  | 男・女  |      | 月 日 ( 歳)                       |
| 現住所  | 〒 _____ - _____  |      | 代筆者の場合、氏名・関係性をご記入ください          |
|      |  |      | 氏名 _____ 関係 _____<br>連絡先 _____ |
| ご連絡先 | _____ - _____ - _____<br>必要な場合、病院名でのご連絡を差し上げてかまいませんか？ (はい ・ いいえ) |      |                                |

1. 入院を希望されますか？ ( はい ・ いいえ ・ わからない )

## 2. 今、つらいことはどんなことですか？ (複数チェック可)

- 不眠            不安            気力がない            体がだるい            胸がドキドキする  
息苦しくなる   気持ちが落ち込む   物忘れ            イライラする            集中力がなくなった  
気持ちが焦りやすい            朝起きられない   頭痛            対人恐怖  
よく泣くようになった            いない人の声がする、考えをさとられる、見張られている  
肩こり            元気がよすぎる            周りからいやがらせを受けているように感じる  
死にたい気持ちになることがある   めまい            吐き気  
 依存症関連   アルコール問題   薬物問題   ギャンブル   買い物   インターネット・ゲーム

## 3. 睡眠について

夜はよく眠れますか？ (はい ・ いいえ) ※いいえの方は以下の項目にチェックをお願いします。

なかなか寝付けない   途中で目が覚める   朝早く目が覚める   眠りが浅い(複数チェック可)

平均睡眠時間はおよそどのくらいですか？ 約 (            ~            ) 時間程度

平均的な終身・起床時間は何時ごろですか？ 就寝： \_\_\_\_\_ 時ごろ    起床： \_\_\_\_\_ 時ごろ

## 4. 食欲について

食欲はありますか？ ( はい ・ いいえ )

体重の変化はありますか？ はい (ここ ヵ月で            kg の 減少・増加)   いいえ

## 5. 元來のご性格はいかがでしたか？ (複数チェック可)

- 内向的            社交的            神経質            気は長い            短気  
あまり細かいことは気にしない   凝り性            あきっぽい            責任感が強い  
気をつかいすぎる            マイペース

## 6. 女性の方へ

妊娠中ですか？ ( いいえ ・ はい            ヵ月 ・ 不明 )

授乳中ですか？ ( いいえ ・ はい            歳            ヵ月)

7. これまで心療内科や精神科を受診されたことはありますか？

( ある ・ ない )

医療機関名： \_\_\_\_\_ 入院 外来)

医療機関名： \_\_\_\_\_ 入院 外来)

医療機関名： \_\_\_\_\_ 入院 外来)

※現在通院中ですか？ ( はい ・ いいえ )

8. いままで治療された主なところや身体のご病気、手術歴などについて

なし あり (病名： \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_、 \_\_\_\_\_)

高血圧 心臓疾患 (病名 \_\_\_\_\_) 緑内障

肝臓疾患 (病名 \_\_\_\_\_) 糖尿病

※現在治療中のご病気はありますか？ なし あり (病名： \_\_\_\_\_)

※現在内服中の薬はありますか？ なし あり (薬剤名： \_\_\_\_\_)

※ご家族・ご親族で心療内科・精神科・神経科などを受診されたことがある方はおられますか？

なし あり (ご関係： \_\_\_\_\_ 病名： \_\_\_\_\_)

9. 成育歴・教育歴・職業歴についておうかがいします

主な生育地 ( \_\_\_\_\_ )

最終学歴 ( 中学校 高校 専門学校 大学 大学院 ) 卒業 在学中 中退

現在のご職業 ( \_\_\_\_\_ ) 転職 なし あり ( \_\_\_\_\_ 回)

就労されている方へ： 残業 あり なし 休日出勤 あり なし

10. ご家族についておうかがいします

両親はご健在ですか？ はい いいえ ( \_\_\_\_\_ )

兄弟姉妹 なし あり ( \_\_\_\_\_ 人中 \_\_\_\_\_ 番目)

子ども なし あり ( \_\_\_\_\_ 人)

結婚歴 未婚 既婚 離婚 内縁 その他 ( \_\_\_\_\_ )

11. お薬や食べ物が原因で、発疹や肝障害などのアレルギーを起こしたことはありますか？

いいえ はい (原因となるもの、症状 \_\_\_\_\_)

12. 飲酒やたばこなどについて

飲酒 ほとんど飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む (一日あたり \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ 本)

喫煙 吸わない 吸う (一日あたり \_\_\_\_\_ 本)

シンナー・覚せい剤・大麻・LSD・MDMA などの使用歴 なし あり (いつから \_\_\_\_\_)

13. 診療にあたって、ご希望などございますか？ (よければご記入ください)

( \_\_\_\_\_ )

※ご記入が終わりましたら、受付までお声掛けください。

※ご記入いただきました個人情報は厳重に管理し、診療に関する範囲を超えて使用することはありません。



# はじめて 受診される方へ

(18歳未満者用)

記入日 年 月 日

|            |           |              |
|------------|-----------|--------------|
| ふりがな       |           | 家族構成(ジェノグラム) |
| 氏名         |           |              |
| 生年月日       | 年 月 日(年齢) |              |
| 現住所:       |           |              |
| 連絡先:(電話番号) |           |              |

【代筆の場合、氏名・関係性をご記入下さい】

|             |  |
|-------------|--|
| ふりがな        |  |
| 氏名          |  |
| 関係性(本人との続柄) |  |
| 連絡先(電話番号)   |  |

◆以下は、保護者またはご本人をよく知る方がお答えください(思い出せる範囲でお書きください)

## 1. 産まれた当時のことをお聞きします。

●妊娠・出産 ①妊娠中に母体・胎児の異常はありましたか? あり ・ なし  
ある と答えた方は当時の状況を記入して下さい

( )

②出生体重は何グラムでしたか? \_\_\_\_\_ グラム

●下記のようなことは、いつ頃はじまりましたか? 各年齢にあてはまる頃に番号を記入してください

①首すわり ②寝返り ③ハイハイ ④一人歩き ⑤初語 例:マンマ ⑥二語文で話す

生後6か月まで

生後6ヶ月以降

1歳

2歳

3歳

## 2. これまで、他の医療機関や関係機関(例:こども療育センター・児童相談所など)で相談されたことはありますか?

(いずれかに○をしてください) はい ・ いいえ ・ わからない

はい と答えられた方

・ご本人が何歳の頃ですか? ( 歳 ) いつまで ( 歳)ごろまで

・どの医療機関・関係機関ですか? ( )

・その時の状況を具体的に記入してください

( )

裏面もご記入ください

### 3. 生育歴をお聞きします。

下記の時期はどのようなお子さんでしたか？

お子さんの様子や当時の出来事、育てる中で気になったこと、育てにくいと感じられたこと、その他、お気づきの事があれば記入してください。

#### ● 幼児期(保育園・幼稚園時代)

( )

#### ● 小学校時代

( )

#### ● 中学生時代

( )

#### ● 高校生時代

( )

### 4. 今回、どのような理由で当院の受診を希望されましたか？

相談の主訴

( )

上記の記入が難しい場合は、下に当てはまる項目にチェックをしてください(複数チェック可)  
(ご本人とも相談の上 ご記入ください)

- 不眠      不安      やる気がない      不登校      引きこもり  
自傷      自殺未遂      いない人の声ができる、考えをさとられる、見張られている  
集中力がない      対人恐怖      気分が落ち込む      息苦しくなる      朝起きられない  
依存症関連      アルコール問題      薬物問題      ギャンブル      インターネット・ゲーム  
発達上の問題       (こちらにチェックを入れられた方は別で問診票を記入して頂く場合があります)

\* ご記入ありがとうございました。

ご記入いただいた個人情報厳重に管理し、診察に関する範囲を超えて使用することはありません。