

予診票

年 月 日

フリガナ: 氏名:  様	生年月日: 明・大 昭・平 年 月 日生	TEL: 自宅 ( ) 携帯電話 ( )
住所:〒	男・女	
自立支援医療 あり(上限 円)・なし	障害年金(精神) あり( 級)・なし	精神障害者保健福祉手帳 あり( 級)・なし
血圧 /	身長 cm	体重 kg

①現在お困りのことは何ですか。(できたら、具体的にご記入ください。)

( )

- 頭痛
- 吐き気
- イライラする
- 動悸
- 性欲がない
- 息苦しい
- 不眠
- 気が沈む
- 食欲がない
- 不安
- 何もする気がしない
- 物忘れが増えた

②それはいつ頃からですか。

( )

③きっかけと思われることに心当たりはありますか。

ない ある( )

④このような悩みで心療内科や精神科に通院されたことはありますか。

ない ある( 病院・クリニック 年 月頃 入院 通院 )  
( 病院・クリニック 年 月頃 入院 通院 )

⑤元々はどのような性格でしたか。

- 内気
- 社交的
- 神経質
- 大雑把
- 心配性
- わがまま
- 人に気を遣う
- 完璧主義
- 責任感が強い
- 見栄を張る
- 怒りっぽい
- 意志が弱い
- 無口
- 他( )

⑥今までにお怪我や、身体のご病気にかかったことはありますか。

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(薬品名: 食品名: )

⑧女性の方のみお答えください。

月経は 順調 不順 閉経( )歳

⑨お酒は 飲まない 飲む(何を 一週間に くらい)

⑩煙草は 吸わない 吸う(一日 本くらい)

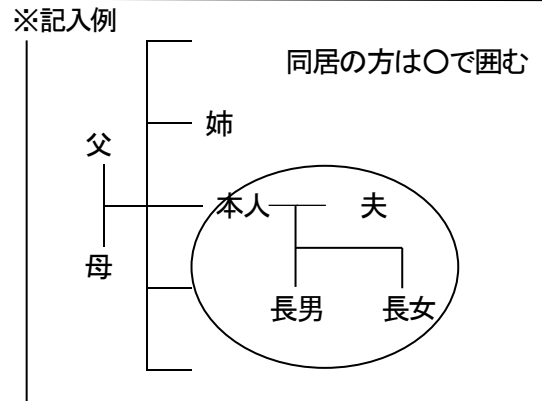
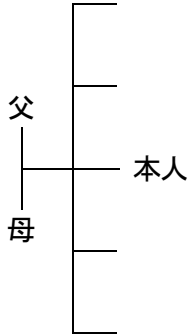
裏面に続きがございます。引き続きご記入をお願いします→

⑪神経科以外に通院中の科はありますか。

ない ある（クリニック名： 科名： 病名： ）

⑫神経科以外に内服薬はありますか。 ない ある（薬品名 ）

⑬ご家族構成を教えてください。



⑭何かあった際の緊急連絡先を教えてください。

お名前	続柄	連絡先
_____	_____	_____

⑮ご家族の中で精神科・心療内科に通院した方はいらっしゃいますか。

( )

⑯最後に出了学校はどこですか。

中学                      高校                      専門                      短大  
大学                      在学中                      中退                      卒業  
他 ( )

⑰ご職業を教えてください。

( )

⑱趣味はありますか。

ない ある ( )

⑲信仰はありますか。

ない ある ( )

⑳当院を知ったきっかけを教えてください。

ホームページを見て    知人からの紹介    他院の紹介（病院名： ）  
他 ( )

㉑ご状況により、関係機関等と連携をとらせていただくことがございます。ご了承いただけますか。

はい いいえ

ご協力ありがとうございました。当日受付へお持ちください。