

かいこころクリニック西荻窪 初診時間診票 (大人用)

※ ご本人の病態を評価するのに重要な情報です。差し支えない範囲でご回答くださいますようお願いいたします。

来院日 年 月 日 記入者		続柄：本人・父・母・その他 ( )	
初診時に来院される方を○で囲んでください：本人・父・母・その他 ( )			
受 診 者	フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日 年 月 日 ( ) 歳
	住所 〒	都・道・府・県	市・区・町・村
	連絡先	(携帯)	(自宅)
	所属 (勤務先)	(役職)	

【1】 当院をどのようにお知りになりましたか？ (  1つお選びください )

- 雑誌・新聞・本                       ホームページ                       インターネット                       知人・友人から  
 職場                                       産業医                                       保健所・保健センター                       福祉事務所  
 医療機関 (  心療内科・ 精神科・ その他 ( ) 科 )  
 家族が当院を受診したことがある                       その他 ( )

【2】 出生時のことについて教えてください。

【3】 出生後、引っ越しをなさいましたか？

出生時の都道府県 \_\_\_\_\_ 歳のとき (どこに) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 歳のとき (どこに) \_\_\_\_\_

【4】 ご家族についてご記入をお願い致します。

ご両親：  同居・ 別居 (単身赴任を含む)・ 行方不明・ 死亡

配偶者：  未婚・ 同居・ 別居 (単身赴任を含む)・ 離婚・ 行方不明・ 死亡

兄弟・姉妹： 本人は \_\_\_\_\_ 人兄弟の \_\_\_\_\_ 番目

同居者 計 \_\_\_\_\_ 人       父  母  配偶者  兄弟・姉妹  子  その他 ( )

【5】 幼少期に成長や発達に何か問題や困りごとはありましたか？

就学前 ( \_\_\_\_\_ )                      学生時代 ( \_\_\_\_\_ )

【6】 ご家族・ご親族で精神科や神経科、心療内科への通院歴・入院歴のある方はいらっしゃいますか？

続柄 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_  通院 (  していた・ している )  入院 (  していた・ している )

続柄 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_  通院 (  していた・ している )  入院 (  していた・ している )

【7】 教育についてお伺いします。

最終学歴： (  中学校・ 高校・ 短大/専門学校・ 大学 ) を (  卒業・ 中退 ) 成績：  上・ 中・ 下

【8】 職歴についてお伺いします。

思い出せる範囲で結構ですので、現在から遡って記載してください。

職種： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) 歳～現在                      職種： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) 歳～( \_\_\_\_\_ ) 歳

職種： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) 歳～( \_\_\_\_\_ ) 歳                      職種： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) 歳～( \_\_\_\_\_ ) 歳

※現在休職中の方のみ記載してください。

( \_\_\_\_\_ ) 年( \_\_\_\_\_ ) 月より休職中      診断書の病名： ( \_\_\_\_\_ )

傷病手当金の受け取り：  あり・ なし

【9】お困りの事柄を最大4つまで選択し、番号をご記入ください。

1位 ( ) 2位 ( ) 3位 ( ) 4位 ( )

気分の問題

1. 気力がない、やる気が出ない
2. 引きこもっていて外に出ない
3. 気持ちが落ち込む
4. 死にたい、死のうとしたことがある
5. 自分は価値がない、何も出来ないと思ひこむ
6. 気分が不安定、異常にハイテンションである

身体・食事の問題

7. 食欲がない
8. 身体の異常を訴えることが多い(頭痛・腹痛など)
9. 食事をほとんど摂らない、異常に体重を気にする痩せすぎている
10. 食べ過ぎてしまう、食べ吐きをしてしまう

職場・社会生活での問題

11. 職場でのストレスが強い
12. 対人関係がうまくいかない、周囲になじめない
13. 集団行動ができない、好きではない
14. 仕事が捗らない、周りのペースについていけない
15. 集中力が持続できない、ミスが多い

行動の問題

16. 落ち着きがない、じっとしてられない
17. 行動が衝動的、我慢できない
18. 暴力・暴言がでてしまう
19. 盗み、恐喝などの問題行動がある

20. アルコール・違法薬物等を乱用している
21. 同じ行動を何度も繰り返してしまう
22. 特定の物事や場面を避ける、回避する
23. 自分を傷つける、リストカット等をする

睡眠の問題

24. 眠れない
25. 睡眠リズムが昼夜逆転している
26. 寝言がひどい、寝ぼけて歩き回る
27. 寝ても疲れがとれない、日中も眠気がひどい

いつもと様子が違う

28. 幻の声が聞こえる、幻が見える
29. 妄想めいた考えが浮かんでくる
30. 独り言、一人笑いをしてしまう
31. 徘徊する、奇妙な行動をしてしまう
32. 同じ考えや心配が頭から離れない
33. 特定のものを異常に怖がる(対人恐怖、閉所恐怖など)
34. 不安が強い、不安が強まったときに動悸がしたり呼吸が苦しくなったりする
35. 現実感がない、生きている実感がない
36. 時に別人のようになり、そのことを後になって自分では覚えていない
37. その他 ( \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ )

本日相談したいことを以下に自由にお書きください。空欄でも結構です。

【10】 これまでにかかった主な病気やけがを教えてください。

1. \_\_\_\_\_ 歳 病名 \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 歳 病名 \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 歳 病名 \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 歳 病名 \_\_\_\_\_

【11】 アレルギー疾患はございますか？ (  すべてお選びください )

- 気管支喘息 ( \_\_\_\_\_ 歳から )       アレルギー性鼻炎 ( \_\_\_\_\_ 歳から )  
 アレルギー性皮膚炎 ( \_\_\_\_\_ 歳から )       食物アレルギー ( 食品名 \_\_\_\_\_ )  
 薬物アレルギー ( 薬品名 \_\_\_\_\_ )

【12】 嗜好について教えてください。

- アルコール    飲まない・ 飲む ( 週 \_\_\_\_\_ 回、1 回あたりの量 \_\_\_\_\_ / 日 )  
タバコ       吸わない・ 吸う ( \_\_\_\_\_ 本 / 日 )  
 その他の違法薬物を使用したことがある (  シンナー    覚醒剤    大麻    その他 \_\_\_\_\_ )

【13】 現在服用中の薬について教えてください。

- 服用していない・ 服用している ( 薬剤名 : \_\_\_\_\_ )

【14】 おかかりになられたことのある精神科・心療内科を教えてください。

- \_\_\_\_\_ 年頃   病院名 \_\_\_\_\_ (  通院中    入院歴あり )  
\_\_\_\_\_ 年頃   病院名 \_\_\_\_\_ (  通院中    入院歴あり )  
\_\_\_\_\_ 年頃   病院名 \_\_\_\_\_ (  通院中    入院歴あり )

【15】 次のうち、当院に一番期待することに◎を、他に期待することに○を2つまでご記入ください。

- |                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| (   ) 診断                     | (   ) 助言、指導              |
| (   ) 検査 ( 心理検査 )            | (   ) 他の病院で治療中だが思わしくないため |
| (   ) 薬物療法                   | (   ) セカンドオピニオン          |
| (   ) 心理療法・カウンセリング           | (   ) 診断書の交付             |
| (   ) 転居などで前のかかりつけに通えなくなったから |                          |
| (   ) その他 ( 具体的に _____ )     |                          |

ご協力ありがとうございました。診察まで今しばらくお待ちください。