記入者　：　本人　・　その他(　　)

フリガナ　： お名前	性別　男　・　女	年令　　才
生年月日 M・T・S・H　年　月　日	職業・職種 /　学校名・学年	
〒 現住所	電話	

今つらい事はどんなことですか？下記よりいくつでも〇で囲んでください。

・不安感 ・緊張感 ・涙もろい ・焦燥感 ・意欲低下 ・集中力低下 ・ゆううつ ・死にたい気持ち

・興奮 ・イライラ ・爽快感 ・多弁 ・多動 ・怒りっぽい ・自傷行為

・幻聴 ・被害的思考 ・恋愛的思考 ・妄想 ・不眠(寝つけない 中途覚醒 早期覚醒) ・過眠

・肩こり ・疲労感 ・けいれん ・パニック障害 ・胸が苦しい ・言動がおかしい ・物忘れ ・認知症

・食欲不振 ・体重減少 ・拒食 ・過食 ・嘔吐 ・胃痛 ・動悸(ドキドキ) ・頭痛 ・下痢 ・便秘 ・吐き気

・その他(　　)

今日相談したい事はなんですか？

過去の病気(身体的　・　精神的)

家族構成(同居の方に〇)

現在服薬中の薬(常備薬)
名称(わかる場合のみ記入)

その他(嗜好品)

たばこ　　1日　　本くらい
アルコール：毎日　週2〜3　週1　月1 たばこ

日本酒
ビール
その他

コーヒー　1日　　杯
紅茶　1日　　杯
緑茶　1日　　杯

薬物アレルギー(　有　・　無　)
内容

当院をどこでお知りになりましたか？

インターネットの場合
・Yahoo! ・Google ・ここカラダ ・iタウンページ
・ドクターズファイル ・その他(　　)

裏面にもご記入をお願いします⇒

症状が出たのはいつ頃ですか。また、どのように推移してきましたか？
初めから現在までの症状の過程をお書きください。

緊急連絡先(携帯電話)

本日のご来院を家族・知人にお話しされていますか？　　はい　・　いいえ