

心療内科へ初めてかかる方へ

記入日： 年 月 日

お名前	ふりがな	性別	生年月日	
	様	男・女	年	月 日(歳)
ご住所			電話番号	
			携帯番号	
緊急連絡先	①氏名：	続柄：	携帯番号	
	②氏名：	続柄：	携帯番号	
お薬手帳へ処方内容のシール貼付を希望しますか？ いいえ ・ はい ※はいの方 → ・ 本日手帳発行希望 ・ 本日手帳を持参している ・ 手帳は持っているが本日は未持参 (※1回のシール貼付は、窓口負担が3割の方で9円、1割の方で3円かかります。)				
◎ 3ヶ月以内に沼田脳外病院または吾妻脳外で、診察や入院をしていましたか？				
◇ 沼田脳神経外科循環器科病院 → <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 定期診察 <input type="checkbox"/> なし				
◇ 吾妻脳神経外科循環器科 → <input type="checkbox"/> 定期診察 <input type="checkbox"/> なし				

※ 現在お困りのことは何ですか？

いつから (何歳頃から)	
困っている症状	

・ 上記の他に、当てはまるものがあればチェックをしてください

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> よく眠れない (寝つきが悪い ・ 途中で目が覚めて眠れない ・ 早く目が覚める) | <input type="checkbox"/> 布団に何時に入るか _____ 頃 | <input type="checkbox"/> 眠りにつくまでの時間 _____ 分 ・ 時間 |
| <input type="checkbox"/> 平均睡眠時間 _____ 時間 | <input type="checkbox"/> 途中で目がさめる回数 _____ 回 | <input type="checkbox"/> 昼寝時間 _____ 分 ・ 時間 |
| <input type="checkbox"/> 昼寝は _____ しない | <input type="checkbox"/> する | <input type="checkbox"/> 身体がだるい |
| <input type="checkbox"/> 眠り過ぎる | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> やる気がでない |
| <input type="checkbox"/> 気分が落ち込む | <input type="checkbox"/> 不安で仕方がない | <input type="checkbox"/> 胸がドキドキする |
| <input type="checkbox"/> 食欲がない | <input type="checkbox"/> よく涙がでる | <input type="checkbox"/> 息苦しくなる |
| <input type="checkbox"/> 死にたい気持ちになる | <input type="checkbox"/> 毎日が楽しくない | <input type="checkbox"/> 悲しい気持ちになる |
| <input type="checkbox"/> イライラする | <input type="checkbox"/> 自傷行為をした | <input type="checkbox"/> 過食 |
| <input type="checkbox"/> 暴力をふるってしまう | <input type="checkbox"/> 気持ちが焦る | <input type="checkbox"/> 集中力がない |
| <input type="checkbox"/> ひとり笑いがある | <input type="checkbox"/> 何か聞こえる | <input type="checkbox"/> 変なものが見える |
| <input type="checkbox"/> もの忘れがある | <input type="checkbox"/> 他人が自分の悪口を言っている気がする | <input type="checkbox"/> すぐ怒ってしまう |
| <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき | <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない | <input type="checkbox"/> ひとり言を言っている |
| <input type="checkbox"/> その他 _____ | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 誰かに見張られている |
| | <input type="checkbox"/> 肩こり | <input type="checkbox"/> 自ら吐くことがある |
| | | <input type="checkbox"/> アルコール依存傾向 |

・ 今まで心療内科・精神科を受診したことがあれば教えてください

いつ頃 ⇒ _____ 医・病院 (通院/入院)
いつ頃 ⇒ _____ 医・病院 (通院/入院)
【病名】 _____

・ 血縁のご家族、ご親戚に精神科、心療内科の病気のある方がいますか？

ご関係 () 【病名】 _____

・ 差し障りなかったら最終学歴を教えてください

中学卒業 ・ 高校卒業 () ・ 専門学校卒業 () ・ 大学卒業 ()

・ お仕事はされていますか？ はい ・ いいえ

はいの方 ⇒ _____ (現職中 ・ 休職中)