

記入者： 本人 ・ 父 ・ 母 ・ 夫 ・ 妻 ・ 子 (日) ・ その他 (日)	
ご本人	フリガナ：
	氏名： (男・女)
	生年月日： (西暦・大・昭・平) 年 月 日 (歳)
	住所： 〒 -
	自宅電話：
	携帯電話： 本人・家族 () ・ その他 () 電話の時にクリニックの名前を出してもかまいませんか？ (はい・いいえ) 職業または学校名：

以下、わかる範囲で結構ですので、お答えください。

- 心配なこと・困ったこと（受診の理由）は何ですか？それはいつ頃からですか？
(頃から) で本日受診)
- 同居の家族構成と年齢を書いてください。 例：母（50歳）弟（20歳）
()
- 心療内科・精神科を受診されたことはありますか？
(歳の時) (医療機関名：) 病名：)
- 持病または現在治療中の病気はありますか？
(通院中の医療機関名：) 病名：)
- 手術を受けたことはありますか？
(歳の時) (医療機関名：) 病名：)
- 現在常用している薬はありますか？
ない ・ ある (薬剤名：)
- 出生時異常はありましたか？ (ある・ない)
(仮死状態・鉗子分娩・帝王切開・未熟児・その他 ())
- 子どもの頃、発達の異常を指摘されたことはありますか？
(歳の時) (どこで：)
- 学生時代のことについてお尋ねします
 - 幼稚園・保育園（園名：) 何歳から： 歳)
 - 小学校（小学校名：) 不登校歴 ある (年の時) ・ ない)
 - 中学校（中学校名：) 不登校歴 ある (年の時) ・ ない)
 - 高校（高校名：) 卒業・中退 (年の時))
 - 大学・専門学校（学校名：) 科： 卒業・中退 (年の時))

裏面に続く

10. 1日の食事について（1日 食）（食欲：普通 ・ 少食 ・ 食べ過ぎ）

11. 睡眠についてお尋ねします
 （いつも大体 時頃寝て 時頃起きる ・ バラバラ）
 （よく眠れる・寝付きにくい・途中で目が覚める・朝早く目が覚めてしまう）

12. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？（ある（ ） ・ ない）

13. タバコは吸いますか？（はい（1日 本） ・ いいえ）

14. お酒は飲みますか？（毎日・時々・飲み会の時だけ・まったく飲まない）

15. 女性の方にお尋ねします。妊娠の可能性はありますか？（はい（ か月） ・ なし）

16. 福祉制度を利用していますか？（自立支援医療・障害福祉手帳・障害年金）

17. その他、医師に知らせておきたいこと・ご要望があればご記入ください

（ ）

ご協力ありがとうございました。なお内容は診療以外の目的には使用しません

