

<全部で用紙は5枚あります。全て提出をお願い致します。>

1/5

南浦和駅前 町田クリニック 初診票 \_\_\_\_\_年 月 日 (ID \_\_\_\_\_ 当院記入)

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 男 女 生年月日 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 歳

〒

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

かける範囲でご記入ください。当てはまるところを○で囲んでください。

1. 本日は、どのようなことで相談にいらっしゃいましたか。(いくつでもよいです)
- 眠れない 不安・緊張 焦り パニック 憂うつ・気分の波 意欲・集中力がない  
疲れる 外出できない 自責感 自傷 感覚過敏 被害妄想 生きるのがつらい  
ミスが多い 忘れものが多い 片付けが苦手 人間関係を維持できない  
一人がすぎ 落ち着きがない 善悪の判断ができない 運動が苦手 空気が読めない  
強迫症状 そわそわ 家庭の悩み 職場の悩み 学校の悩み  
家事や仕事が入りまくらない 学校や仕事を休んでいる(時期: \_\_\_\_\_から)  
もの忘れ 食欲がない めまい・ふらつき ふるえ 痛み(部位: \_\_\_\_\_) 肩凝り頭痛  
その他( \_\_\_\_\_ )

2. それはいつごろから続いていますか。(○で囲んでください)

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月頃から始まり、(よくなった 悪くなった 波がある )  
きっかけはありましたか? ( \_\_\_\_\_ )

3. 心療内科・精神科の治療を受けたことはありますか。薬は飲んでいましたか?

病名 \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 歳～ 歳 服用薬 ( \_\_\_\_\_ )

病名 \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 歳～ 歳 服用薬 ( \_\_\_\_\_ )

自立支援医療受給者証をえていますか? (はい・いいえ)

精神障害者保健福祉手帳をえていますか? (はい \_\_\_\_\_ 級・いいえ)

精神障害者年金を受けていますか? (はい \_\_\_\_\_ 級・いいえ)

4. 発達の問題があると言われたことはありますか?

ない・ある (いつ \_\_\_\_\_ ところで \_\_\_\_\_ 病名など \_\_\_\_\_ )

5. 不登校(傾向)やひきこもりの経験はありますか?

ない・ある ( \_\_\_\_\_ )

6. 休職の経験はありますか? ない・ある ( \_\_\_\_\_ 回 \_\_\_\_\_ 年頃 \_\_\_\_\_ )

7. 身体の治療・投薬を受けていますか。

病名 \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 治療中・治療終了

病名 \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 治療中・治療終了

8.お薬のアレルギーはありますか。

・ない ・ある (薬品名: \_\_\_\_\_ )

9. 嗜好品についておしえてください。

アルコール: ・飲まない ・飲む ( たまに 週に1-2度 ほぼ毎日)

タバコ : ・吸わない ・吸う ( 本/日 x 年)

10. 感染症をお持ちの方は○をつけてください。

B型肝炎 C型肝炎 HIV その他 ( \_\_\_\_\_ )

11.女性の方のみにお聞きします。あてはまるものに○をつけてください。

生理は (順調・不順・ない) 妊娠中 ・ 授乳中 ・ 妊活中

12.ご家族・生活歴・学歴・職歴についてお書きください。

出生地 ( \_\_\_\_\_ )

最終学歴: 中・高・専門・大学・大学院 卒業/中退/在学中 (学校名 \_\_\_\_\_ )

職種 ( \_\_\_\_\_ ) 入社 \_\_\_\_\_ 年目 転職 \_\_\_\_\_ 回

同居のご家族 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 人

結婚: 未婚 /既婚 /離婚 子供 ( なし あり: 歳 歳 歳 )

13.家族歴 血縁関係の方で心療内科・精神科に通院/入院された方があればご記入ください。

(例: 母がうつ病でH23年から治療中。)

( \_\_\_\_\_ )

14.当クリニックにどんなことを希望されますか。

- ・診断、検査 ・診断書 (提出先など \_\_\_\_\_ ) ・発達障害の相談
- ・リワーク ・個別心理療法 (相談内容 \_\_\_\_\_ )
- ・ご家族の相談 ( \_\_\_\_\_ )

15.お薬について、今のお考えに近いものに○をつけてください。

以前と同じ薬がほしい・薬を調整してほしい

症状が改善するなら使いたい・できれば使いたくない・漢方薬を使ってみたい

16.今日いちばん伝えたいことは何ですか。

17. 18歳未満の方へ: ご家族は受診に賛成ですか? (はい・いいえ・受診をしらない)

18.当院をどのような経緯で知りましたか?よろしければお書きください。

☆紹介 (病院: \_\_\_\_\_ 知人: \_\_\_\_\_ )

☆インターネット ☆看板 ☆その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご回答ありがとうございました。紹介状は診察前に受付までご提出ください。

心理テスト2枚・当院ルールご説明1枚 合計3枚もご記載・提出お願いいたします。