

<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
一人がすき 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
家事や仕事がうまくできない 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もっていますか? (はい・いいえ)

精神障害者保健福祉手帳をもっていますか? (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。