

外 来 初 診 の 方 に 平成 年 月 日

スムーズな診察のため下記の事項をご記入下さい。自分のあてはまるところに○をつけて下さい。

(1) 現在困っていることについて、当てはまる項目に ✓ をつけてください。

- | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 眠れない | <input type="checkbox"/> 気が重く沈む | <input type="checkbox"/> なんとなく周囲が変な感じがする |
| <input type="checkbox"/> はき気 | <input type="checkbox"/> いらいらする | <input type="checkbox"/> もの悲しくなる | <input type="checkbox"/> 他人が変な目で見える |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> なんとなく不安 | <input type="checkbox"/> なにもする気がしない | <input type="checkbox"/> 他人に陰口を言われる |
| <input type="checkbox"/> 耳鳴り | <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない | <input type="checkbox"/> 無口になった | <input type="checkbox"/> 実際にはないものが見えたり聴こえたりする |
| <input type="checkbox"/> ひきつけ (けいれん) | <input type="checkbox"/> 胸がドキドキする | <input type="checkbox"/> 死にたくなる | <input type="checkbox"/> 人をさげ自室に閉じこもる |
| <input type="checkbox"/> 失神 | <input type="checkbox"/> 肩こり | <input type="checkbox"/> 食欲性欲がない | <input type="checkbox"/> つじつまのあわない言動をする |
| <input type="checkbox"/> 手のふるえ | <input type="checkbox"/> 頭が重い | <input type="checkbox"/> だるい、疲れやすい | <input type="checkbox"/> 繰り返し確かめないと不安 |
| <input type="checkbox"/> ロレツがまわらない | <input type="checkbox"/> 他人の視線が気になる | <input type="checkbox"/> 活動しすぎるようになった | |
| <input type="checkbox"/> 物忘れ | <input type="checkbox"/> 何事も生き生きと感
じられない | <input type="checkbox"/> おしゃべりになった | |
| <input type="checkbox"/> まちがえた行動 | | <input type="checkbox"/> 酒がやめられない | |

その他自由にお書き下さい

(_____)

(2) いつ頃から症状が始まりましたか。

_____年_____月から (または_____歳頃)

(3) 発病のきっかけと思われるものはありましたか。

ない ある (内容 _____)

(4) 今まで精神神経科の治療をうけましたか。(過去に1回でもあれば、ご記入下さい)

受けない 受けた

① _____年_____月_____日より _____年_____月_____日 _____病院 通院 入院

② _____年_____月_____日より _____年_____月_____日 _____病院 通院 入院

③ _____年_____月_____日より _____年_____月_____日 _____病院 通院 入院

(5) 今までかかった主な病気、ケガについて書いてください。

① _____年_____月 病名 _____ 現在通院中 終了

② _____年_____月 病名 _____ 現在通院中 終了

③ _____年_____月 病名 _____ 現在通院中 終了

④ _____年_____月 病名 _____ 現在通院中 終了

裏面の記入もお願いします ~

