

外 来 初 診 の 方 に

令和 年 月 日

診察券番号 _____ 患者様氏名 _____

スムーズな診察のため下記の事項をご記入下さい。

(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 | |

その他ご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受けましたか。(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 ～

(6) 元来の性格について、当てはまるものに✓をつけてください

- | | | | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 無口 | <input type="checkbox"/> 内気 | <input type="checkbox"/> 孤独 | <input type="checkbox"/> ひと付き合いがわるい | <input type="checkbox"/> 現実的でない | |
| <input type="checkbox"/> 粘り強い | <input type="checkbox"/> 意思が弱い | <input type="checkbox"/> 気が短い | <input type="checkbox"/> 世話好き | <input type="checkbox"/> 円満 | <input type="checkbox"/> 交際好き |
| <input type="checkbox"/> 現実的 | <input type="checkbox"/> 大げさ | <input type="checkbox"/> 甘えん坊 | <input type="checkbox"/> わがまま | <input type="checkbox"/> 神経症 | <input type="checkbox"/> 冷たい |
| <input type="checkbox"/> 完全にしないと気がすまない | <input type="checkbox"/> 心配症 | <input type="checkbox"/> 几帳面 | <input type="checkbox"/> 責任感が強い | | |

(7) 教育、生活史について。

最終卒業学校 (小・中・高・大) 卒業

小学校以来の成績 (上・中・下)

生まれたところ _____ (市、町、村) 生家の職業 _____

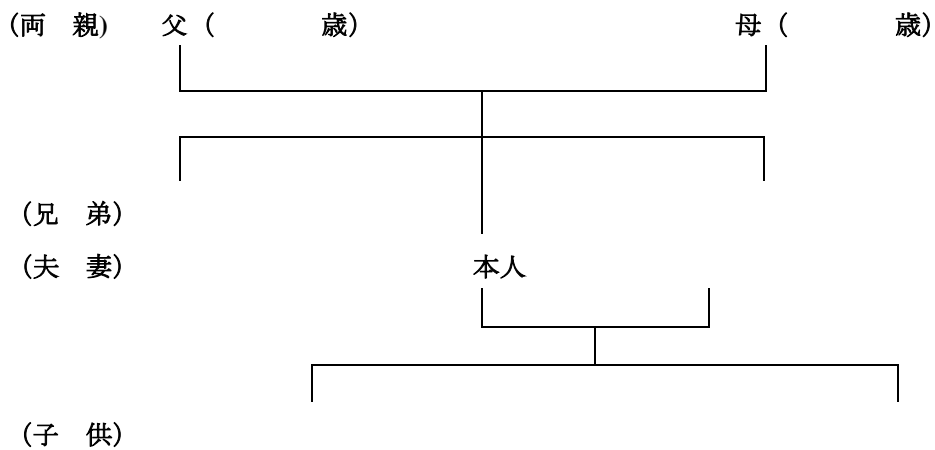
職業歴 _____ 年から _____ 年まで _____

_____ 年から _____ 年まで _____

_____ 年から _____ 年まで _____

結婚歴 未婚 結婚 (_____ 年) 離婚 (_____ 年)

(8) 家系図を書いて下さい (男は□、女は○で書いて下さい。また死亡した方は、×をつけて下さい)



(9) その他

タバコは すう (1日 _____ 本) すわない

お酒は のむ のまない

いつも飲んでいる薬は ある ない

(10) 当院をどのようにお知りになりましたか？

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 通院入院中の患者様、またはご家族様からの紹介 | <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 |
| <input type="checkbox"/> 加納岩総合病院、山梨リハビリテーション病院からの紹介 | <input type="checkbox"/> 以前から知っていた |
| <input type="checkbox"/> 市町村役場・保健所などからの紹介 | |
| <input type="checkbox"/> 広報物を見て (看板・ホームページ・広報誌・TV放送・SNS) | |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |

(11) 記入された方のお名前 _____ ご本人との続柄 _____