

桂メンタルクリニック 初診時間診票（訪問診療）

※治療以外の目的で使用する事はありません。差し支えない範囲で記載をお願いします。

フリガナ		性別
お名前		(男 ・ 女)
生年月日	T / S / H 年 月 日	年齢 才
住所	(〒 -)	
電話番号	①	②
緊急時ご連絡先	お名前/ご関係	電話番号
代筆の場合、代筆者の氏名		

★今回受診のいきさつ / 困りごとがあれば教えてください

・その困りごとはいつからですか？

・きっかけがあれば教えてください

・精神科・心療内科などで治療を受けたことはありますか？

今回が初めて

(年月) 年頃に (病名) で治療していた

★身体のことについて教えてください。

・以下の病気で、当てはまるものはありますか？

糖尿病 高脂血症 高血圧症 緑内障 前立腺肥大症

脳梗塞 心臓病 がん 便秘症

・そのほか、現在治療を受けている病気はありますか？

ない ある 病名 ()

かかりつけ医療機関 ()

※書ききれない場合は下の備考欄をお願いします。

・以前治療を受けていた病気はありますか？

ない ある 病名 ()

治療していた時期 ()才の頃

・食べ物や薬などで具合が悪くなったことはありますか？

ない ある → 物 () 症状 ()

・お酒は飲みますか？

毎日 週に () 日程度 機会があれば 殆ど飲まない

一回の飲酒量は (お酒の種類：) を (量：) くらい

・煙草は吸いますか？

全く吸わない 吸っている 1日 () 本程度 禁煙した () 才

・その他使用中の市販薬、サプリメント等があれば教えてください

・女性の方へ、妊娠の可能性はありますか？

ない ある 妊娠中・授乳中

★生活等について教えてください。

・元々の性格について当てはまるものを選んでください (複数可)

<input type="checkbox"/>	明るい	<input type="checkbox"/>	暗い	<input type="checkbox"/>	社交的	<input type="checkbox"/>	内向的
<input type="checkbox"/>	気長	<input type="checkbox"/>	短気	<input type="checkbox"/>	頑固	<input type="checkbox"/>	おおらか
<input type="checkbox"/>	神経質	<input type="checkbox"/>	几帳面	<input type="checkbox"/>	我慢強い	<input type="checkbox"/>	すぐ投げ出す
<input type="checkbox"/>	前向き	<input type="checkbox"/>	悲観的	<input type="checkbox"/>	おしゃべり	<input type="checkbox"/>	無口
<input type="checkbox"/>	負けず嫌い	<input type="checkbox"/>	わがまま	<input type="checkbox"/>	人に気を遣う	<input type="checkbox"/>	こだわりが強い
<input type="checkbox"/>	飽きっぽい	<input type="checkbox"/>	注意散漫	<input type="checkbox"/>	片付け苦手	<input type="checkbox"/>	人付き合い苦手
<input type="checkbox"/>	相手の本音が分からない			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

・学歴を簡単に教えてください。中退の方はそのことについても教えてください。

・お仕事の経歴を簡単に教えてください (○歳～○歳 △△の会社 など)

・休日の過ごし方や、趣味について教えてください

・食欲 / 体重について教えてください

食欲： 問題ない 減っている 増えている

体重： 変化ない 減った 増えた

() カ月で () kg

・睡眠について当てはまるものを選んでください (複数可)

まずまず眠れている

眠れない (寝付けない 眠りが浅い / 夜中に何度も目覚める
 早く目覚めてしまう 朝疲れが残っている)

眠りすぎる

睡眠のリズムが崩れている / 昼夜逆転している

★ご家族について教えてください

父は 健在 他界 わからない

母は 健在 他界 わからない

兄弟姉妹 () 人兄弟 本人は () 番目

結婚 していない () 歳で結婚 () 歳で離婚

子供 いない () 人 年齢： ()

現在一緒に暮らしている方がいましたら教えてください

一人暮らし () 人暮らし

(誰と： ())

一番頼りにしている人は誰ですか？複数、家族以外でも構いません。

(())

血縁者で精神科、心療内科での治療を受けている人は

いない いる (誰が： () 病名： ())

★その他

・ご本人は今回のご相談の件を知っていますか？

知っている 知らない

・その他、医師やスタッフに伝えたいことがあればお書きください。

・当院を何でお知りになりましたか？ (複数回答可)

インターネット チラシ 他院からの紹介

役所や学校の勧め 家族や知り合いの勧め

その他 (())