

記録日 / /

予診票

記録者

氏名	性別 男・女・他の自認	年齢 歳
今回どのようなことにお困りでしょうか		
その症状はいつ頃からありますか きっかけはありますか		
今回の来院は <input type="checkbox"/> 自分が希望して <input type="checkbox"/> 家族の勧めで <input type="checkbox"/> その他 ()		
メンタルクリニック・精神科受診歴 あり・なし	病名()	
<p>【メンタルクリニック・精神科に受診したことのある方】</p> <input type="checkbox"/> 初めて受診したのは何歳頃ですか (歳頃) <input type="checkbox"/> はじめて受診した理由はどのようなことでしたか？ () <input type="checkbox"/> 現在も通院中ですか (はい ・ いいえ) 医療機関名 () 診療情報提供書はお持ちでしょうか はい・いいえ これまでに通院したことのあるメンタルクリニック・精神科医療機関を教えてください () <input type="checkbox"/> 精神科に入院したことはありますか (はい ・ いいえ)		
<input type="checkbox"/> 自殺を考えたことはありますか (はい ・ いいえ) <input type="checkbox"/> 死にたくなり実際に行動に移したことはありますか (はい ・ いいえ) <input type="checkbox"/> ご家族で精神科に受診歴のある方はいますか いない・いる (続柄) <input type="checkbox"/> ご家族で自殺された方はいますか？ いない・いる (続柄)		
<p>【身体状況について】</p> <input type="checkbox"/> 生育過程で問題を指摘されたことはありますか なし・あり () <input type="checkbox"/> 大きなけがや身体の病気をしたことはありますか なし・あり () <input type="checkbox"/> 糖尿病 なし・あり ご家族で糖尿病の方はいますか いいえ・はい () <input type="checkbox"/> アレルギー なし・あり 薬剤 () 食物 () その他 () <input type="checkbox"/> 違法薬物の使用歴：無・有 (いつ頃)		
<p>【現在飲まれているお薬】</p> <input type="checkbox"/> 常用薬：なし・あり ありの方は下記にご記入ください		
お薬手帳をお持ちの方はお知らせください		

【生活習慣について】

- 睡眠：良・寝つきが悪い・何度も目が覚める・朝早く目が覚める・眠りが浅い・日中の眠気
- 食欲：良・不良 過食・拒食・ここ（ ）ヶ月で体重が（ ）kg 増加・減少・維持
- 飲酒：無・有 付き合い程度・週（ ）日程・毎日
- 喫煙：無・有 1日（ ）本位 喫煙歴（ ）年
- 便秘：問題なし・下痢気味・便秘気味・便秘と下痢を繰り返す

【1日の過ごし方について】



【生活状況について】

出身地（ ）都道府県（○をつけてください）

婚姻歴：なし・あり（ ）歳頃結婚

家族構成

親・兄弟・配偶者・子供・その他、家族以外の同居されている方、頼りにしている方、普段の生活の様子を知っている方をご記入ください

ご関係	年齢	お住まい	同居・別居	学年・職業・健康状態・その他
例) 父	68歳	多摩市	別居	自営業 うつで他院通院歴あり 脳梗塞の既往あり

学歴・職歴

最終学歴

小学校 中学校 高校 大学 大学院 専門学校 卒業・中退・在学中

現在の職業 なし・あり

職歴を以下にご記入ください

その他、診察にあたって必要な配慮があればご記入ください