|  |  |
| --- | --- |
|  | 性　別　　　男 ・ 女 |
| 生年月日　 M.T.S.H.　 　　　　　年　 　月　 　日 | 年 令 　　才 |
| 現住所 〒 | 電 話 （ 　 ） |

|  |  |
| --- | --- |
| ◎マイナ保険証による診療情報取得に  　　　　同意する　・　同意しない  記入者：本人・その他（　　　　　　　　）   1. 当院をどこでお知りになりましたか？   Google・Yahoo!・Doctor’s File  産業医・会社の健康支援室、役所、  その他、    ②家族構成(同居の方に○)    ③職業・職種/学校名・学年    ④薬物アレルギー（ 有・無 ）  　内容    ⑤現在通院中の医療機関と、服用中の薬の名称    ⑥その他（嗜好品）  　たばこ　１日　　　　　本ぐらい  　アルコール  　コーヒー　　　　　　　　杯  　紅茶・緑茶　　　　　　　杯 | ⑦今つらい事は、どんな事ですか。  下記よりいくつでも○で囲んで下さい。  ・不安感・緊張感・悲哀感(涙もろい)・焦燥感  ・意欲低下・集中力低下・ゆううつ・死にたい気持ち  ・興奮・イライラ・そう状態(爽快感／多弁／多動)  ・攻撃性(ムッとする／カッとする)・自傷行為  ・幻聴・被害的思考・悲観的思考・妄想( )  ・不眠(寝付けない・中途覚醒・早朝覚醒)・過眠  ・肩こり・疲労感・けいれん・パニック発作  ・胸内苦悶・言動がおかしい・物忘れ・痴呆(認知症)  ・食欲不振・体重減少・拒食・過食・嘔吐・胃痛  ・動悸(ドキドキ)・頭痛・下痢・便秘・吐き気  ・その他( 　 ）  ⑧過去の病気（身体的・精神的）  ・緑内障・ぜんそく・重症筋無力症・前立腺肥大  ・その他　ご記入下さい  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ⑨健診・過去1年で（受けた・受けていない）  受けている場合、その指摘事項  ⑩女性の方へ  妊娠中（　　）、授乳中（　　）  ⑪今日相談したいことはどんなことですか?(複数可)  記入しきれない場合は、予診の際にお話下さい。  裏面にもご記入お願いします→ |

|  |
| --- |
|  |
|  |

症状が出たのはいつ頃ですか。また、どのように推移してきましたか。

　初めから現在までの症状の過程をお書きください。

　緊急連絡先（携帯電話等）：

　本日のご来院を家族・知人にお話しされていますか？　　　　はい　　・　いいえ