

【岩見沢市立総合病院 精神神経科 初診時間診票】

フリガナ

お名前 生年月日 大・昭・平 年 月 日

記入者 続柄

緊急時の連絡先 ①お名前 電話番号 続柄
②お名前 電話番号 続柄

※質問には差し支えない範囲でご記入いただき、お答えが難しい箇所は空欄のままで構いません。

1. お困りのことは何ですか？（いつ頃からどんな症状が出現したかなど、ご自由にお書きください。）

*最初に症状が出現したのはいつ頃ですか？ 年 月頃から（または 歳頃）

*思い当たるきっかけはありますか？ ある ない

2. 当てはまる症状にチェックしてください。（複数チェック可）

体がだるい 不安感 気持ちが落ち込む 集中力がない いらいらする 元気がよすぎる
頭痛 めまい 吐き気 下痢、便秘 死にたい気持ちになる 周りからいやがらせを受けている

3. 睡眠について

夜はよく眠れますか？ はい いいえ（いいえの方は以下の項目にもチェックをお願いします）

なかなか寝つけない 途中で目が覚める 朝早く目が覚める 眠りが浅い（複数チェック可）

もともとの平均睡眠時間はどのくらいですか？ 約（ ）時間程度

平均的な就寝・起床時間は何時頃ですか？ 就寝： 時頃 起床： 時頃

4. 食欲について

食欲：普通 食事量が減っている 食欲がありすぎる

ここ数カ月で体重の変化 あり（ここ ヶ月で kg の増加 減少）なし

5. （女性のみ）月経について

順 不順 閉経後（ 歳）

*月経の前後でイライラしやすくなったり、情緒不安定になることはありますか？はいいいえ

裏面に続きます

6. これまで心療内科や精神科を受診されたことはありますか？ ない ある
(年 月～ 年 月まで 医療機関名：) 入院 外来
(年 月～ 年 月まで 医療機関名：) 入院 外来

7. 今まで治療された身体のご病気、手術歴などについて なし あり
(病名 いつ頃) (病名 いつ頃)
(病名 いつ頃) (病名 いつ頃)

* 現在治療中のご病気があれば、通院先の医療機関名・病名をご記入下さい。

医療機関名 () 病名 ()

医療機関名 () 病名 ()

8. 血縁のご家族で心療内科・精神科・神経科などの受診歴のあるかたはいらっしゃいますか？
なし あり (ご関係 病名)
(ご関係 病名)

9. 生育歴・教育歴・職業歴について
言葉や運動の遅れを指摘されたことはありますか？ なし あり

出生地 () 主な生育地 ()

最終学歴 (学校名も) () 卒業 在学中 中退

職歴: (歳～ 歳) 職業 () (歳～ 歳) 職業 ()

(歳～ 歳) 職業 () (歳～ 歳) 職業 ()

10. お薬や食べ物などが原因でアレルギーを起こしたことはありますか？
なし あり (症状)

11. 飲酒やたばこなどについて
飲酒 飲まない 機会があるときだけ ほぼ毎日 (1日あたり を くらい)
喫煙 しない する (歳から、1日あたり 本くらい)
シンナー・危険ドラッグ・覚醒剤・大麻・LSD・MDMA などの使用歴 なし あり

12. お聞きになりたいことや診療に関するご希望があればお書き下さい。

* ご記入いただいた個人情報、厳重に管理し、診療に関する範囲を超えて利用することはありません。

以下、看護師記入欄

身長 cm

体重 kg ジェノグラム

体温 °C

血圧 / mmHg

脈拍 回/分

SpO2 %