

大野こころのクリニック予診票

記入者 本人・本人以外 ()

ふりがな

氏名 () 性別 男 ・ 女

生年月日 (昭和・平成 年 月 日)

住所 (〒 -)

(市 区)

電話番号 (- -)

*当院よりお電話を差し上げる際、大野こころのクリニックと名乗ってもよろしいですか? はい ・ いいえ

ご職業 () 勤続 () 年

転職歴 あり・なし (前職 転職回数 回)

勤務時間 (時~ 時) 週休 日制

休日出勤 あり・なし

最終学歴 (当てはまるものに○を付けてください) 中学・高校・大学・専門・その他 ()

学校名 (年 卒業・中退)

当院にいらしたきっかけ (当てはまるものにすべて○を付けてお答えください)

1. 近所だったから
2. 通りがかり
3. 駅看板を見て
4. ホームページを見て
5. 電話帳を見て
6. お知り合い・ご職場からの紹介
7. 他の医療機関から紹介

本日お困りの内容について (当てはまるものにすべて○を付けてお答えください)

年 月ごろから

気分が落ち込む 気分が上がりすぎる 気分の波がある 何をするのも億劫 体がだるい
寝つきが悪い 夜中や明け方目が覚めてしまう ぐっすり寝た気がしない 寝すぎてしまう
不安になりやすい イライラする 人前で緊張する 落ち着かない 物忘れが増えた
食べられない 食べすぎる 鍵の開け閉めなどが気になる 汚れているのではと気になる
息苦しくなる 動悸がする 誰もいないのに話声がする 周囲の人に見られている
監視されている その他 ()

おおよその経緯、思い当たるきっかけをお書きください

診察に当たってご希望されることについて当てはまるものに丸を付けてください

現在の状態がどういった状態か知りたい 状態を改善する方法を知りたい 薬を処方してほしい
診断書を発行してほしい 認知行動療法を受けたい カウンセリング セカンドオピニオン
その他 ()

これまでに心療内科、精神科を受診したことがありますか？ あり・なし

() 年ころ 通院先 () 診断名 ()
当時服用していた薬があればご記入ください ()
通院していたことが複数回ある方は以下にお書きください
精神科への入院歴 なし・あり
() 年ごろ 入院先 () 診断名 ()

現在の生活状況についてご記入ください

身長 () cm 体重 () kg
体重の増減 あり・なし () 年ころより () kg増・減
睡眠時間 () 時から () 時
食欲 なし・普通・あり・波がある
女性の方にお尋ねします。現在妊娠中ですか？ はい・いいえ
これまで大きな病気をしたことがありますか？ なし・あり (以下に当てはまるものがあれば○をつけてください)
高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・緑内障・前立腺肥大・胃十二指腸潰瘍・ひきつけ・けいれん
甲状腺疾患・その他 ()
現在服用しているお薬は？ なし・あり ()
アレルギー なし・あり ()
アルコール 飲まない・飲む (1日に を 程度)
たばこ 吸わない・吸う (1日に 本くらい)
これまでに大麻や覚せい剤、シンナー、危険ドラッグなどを使用したことがありますか？
なし・あり (を 才から 才まで)

ご家族についてお答えください

同居されている方に丸を付けてお答えください
父・母・兄弟姉妹 () 名・配偶者 (職業 年齢 才 結婚 年目)
子 () 名 祖父・祖母・義父 (年齢 才)・義母 (年齢 才)
その他 ()
離婚歴 なし・あり (才)

血縁関係のご家族 (血のつながっているご家族) についてご記入ください (健康状態については身体疾患のみならず精神疾患も含めて記入してください)

父：年齢 才 職業 健康・病気 () 死亡 (才・死因)
母：年齢 才 職業 健康・病気 () 死亡 (才・死因)
兄弟：男・女 年齢 才 職業 健康・病気 () 死亡 (才・死因)
兄弟：男・女 年齢 才 職業 健康・病気 () 死亡 (才・死因)
兄弟：男・女 年齢 才 職業 健康・病気 () 死亡 (才・死因)
子：男・女 年齢 才 職業 健康・病気 () 死亡 (才・死因)
子：男・女 年齢 才 職業 健康・病気 () 死亡 (才・死因)
子：男・女 年齢 才 職業 健康・病気 () 死亡 (才・死因)
子：男・女 年齢 才 職業 健康・病気 () 死亡 (才・死因)

上記で足りない場合は下の空欄にお書きください