青山会津久井浜クリニック

記入日　　　　　年　　　月　　　日

記入者　　本人　/（　　　　　　　）

相談票

お手数ですが、次の各項目にご記入をお願いいたします。

氏名　　　　　　　　　　　　　　　（ 男 ・ 女 ）　　　　歳

現在の仕事：　あり　・　なし　、職業　　　　　　　　　　　　役職　　　　　　年数

１．あてはまる症状があれば、〇をつけてください

・眠れない　　・食欲がない　　・まわりのことが気になる　　・何かが聞こえてくる　・何かが見える

・気分が落ち込む　　　　・イライラする　　　　・おこりっぽい　　・不安になる　　・泣きたくなる

・何もする気がしない　　・考えがまとまらない　・人に見られている　・ストレスがある

・うわさされている感じ　・ドキドキする　　　　・頭痛　　　　　　　・吐き気

２．それはいつ頃からですか？（　　　　　年　　　　月ころから）

　　何か思い当たることがありますか？　　　ある ・ ない ・ わからない

　　ある場合や上記に当てはまらない症状がある場合は、内容をお書きください。

３．これまでに精神的なことで受診したことのある病院があれば記入してください

病院名　　　　　　　　　　　　　期間　　　　　～　　　　　　病名　　　　　　　　通院・入院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　　　　　　通院・入院

４．これまでの健康状態について

　１）身体的な病気やけがで病院にかかったことはありますか？　　　ある・ない

　　　緑内障　　　喘息　　　糖尿病（　　　歳から）　心臓病（　　　歳から）　高血圧（　　　歳から）

　　　感染性疾患（　　肝炎　　その他　　　　　　　　　　　）

　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　２）現在、通院中の医療機関があればお知らせください

　　　通院場所　　　　　　　　　　　　　病名　　　　　　　　　　　　飲み薬

　３）アレルギーはありますか？　　　ない・ある　　　　　　　　　　　薬や薬品　種類

５．ご家族について

　同居人：（　　　　人）・父・母・兄妹（　　　　人）・配偶者・子（　　　　人）・その他（　　　　）

兄妹（　　　　）人兄弟の（　　　　）番目・婚姻歴　なし・あり

　精神科又は心療内科にかかられたことのあるご家族、ご親戚はいらっしゃいますか？

　　いない ・ いる（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６．これまでの生活について

　生まれ育ったところ

　最後に通った学校と学科名

　　　　　　　　　　在学中（　　　　年生）　・　休学中（　　　/　　　から）　・　卒業　・　中退

ご記入ありがとうございました。