

初診時間診票

診察の参考にしたいと思いますので、以下の項目について簡単に記入していただくか、○をつけて下さい。この用紙はカルテと同様に扱われ、秘密として守られます。
ご本人が書けないときは、付き添いの方が助けていただいても結構です。
記入が終わりましたらあらためてお話をうかがいますので、スタッフまでお知らせ下さい。

氏名 **年齢** **才** **男・女**

結婚（未婚・既婚・別居・離婚・死別） **職業(または学校)**

今日一緒に来てくださった方はどなたですか？（氏名、ご本人との関係）

こちらを受診されることになったのは、ご自分の希望ですか？（はい・いいえ）
いいえ の場合、どのようなご紹介、またはおすすりめがありましたか？

どのようなことでお困りでしょうか？ あるいはどんな希望で受診されましたか？
付き添いの方が記入される場合は、誰がどのように困っておられるのか お書き下さい。

それはいつごろから始まりましたか？

そのことで、これまでに他の医療機関にかかられましたか？（はい・いいえ）
はい の場合、いつごろ、どこで、どんな検査・治療・説明を受けましたか？

現在お困りのことで、どのようなことを心配されていますか？

裏も記入してください ⇒

これまでに大きな病気をしたことはありますか？（何才ごろ、どんな病気を、治療した医療機関名）

現在の生活状況についてお聞きします

のんでいる薬が（ある・ない）⇒ あれば、それはどんな薬ですか？

お酒は（昔飲んでいて・飲まない・時々飲む・毎日飲む）⇒種類： 量： /日

タバコは（吸わない・吸う） アレルギーは（ない・ある_____）

（女性の場合）月経は（順調・不順） 妊娠の可能性（あり・なし） 閉経 才頃

睡眠（眠れている・寝つきが悪い・すぐ目がさめる・朝早く目がさめる・悪夢）

食欲（あり・なし ⇒ kg やせた） 便秘（ふつう・便秘・下痢）

次のうちあてはまる症状があれば○をつけてください

1. 痛み（頭痛、腹痛、背部痛、関節痛、胸痛、月経痛、排尿痛、その他_____）
消化器症状（はきけ、おなかがはる、おう吐、下痢、その他_____）
神経症状（ふらつく、歩けない、立てない、けいれん、ひきつる、気を失う、しびれのどがつまる、声が出ない、尿が出にくい、記憶がとぶ、その他_____）
2. 動悸 汗かき ふるえ 息苦しい 窒息感 胸痛 はきけ めまい ふらつき
気が遠くなる 自分をコントロールできない 死ぬことに対する恐怖
3. 人前で緊張する バスや電車に乗れない 人ごみが苦手
4. しんどい 疲れやすい 体がだるい 肩がこる 頭が重い 精力減退
5. 気分が沈む 楽しめない 根気がない やる気がでない さびしい よく泣く 不安
おちつかない 焦る いらいら おっくう みじめである 心配しすぎる 死にたい
6. 確認しすぎる 手を洗いすぎる ある単語やイメージが頭から離れない
7. シャベリすぎる 寝ない お金を使いすぎる 怒りっぽい 声大きい 歯止めがきかない
考えがまとまらない こわい まわりのことが気になる 声が聴こえる 監視されている
悪口をいわれる 疑い深い 独り言をいう 入浴・着替えをしない 話が通じない
8. 物忘れ 日時がわからない 徘徊 道に迷う その場しのぎのつじつま合わせをする
物忘れを認めない 落ち着かない 性格が変わった 買い物のミス 怒りっぽくなった
被害妄想(盗られた等) 幻覚をみる
ぼんやりしている 食べ物へのこだわり(食べ過ぎる) 自分勝手 同じ行動を繰り返す

ありがとうございました