

初診時間診票

令和 年 月 日

フリガナ お名前		性別	生年月日	年 月 日 歳
		男・女		
現住所	〒 -		当院をどこでお知りになりましたか？ ( )	
電話番号				お呼び出しの際は下記どちらがよろしいですか？
	必要時クリニック名でご連絡してもいいですか？(はい・いいえ)			ID番号・お名前

●緊急連絡先（ご実家・勤務先・ご友人等）

フリガナ お名前		ご関係		電話番号	
ご住所					

※この緊急連絡先は、ご本人連絡がつかない場合や、緊急時にご本人以外に連絡を取る必要が生じた場合などに使用させていただきますので必ずご記入ください。

※未成年の方は必ずご記入ください。

※以下の質問は、差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もかまいません。

1. お困りのことは何でしょうか？（症状やお悩みなどご相談されたいことを何でもお書きください。）

[ ]

※それはいつ頃からですか？ 年 月頃から（または 歳頃から）

※思い当たるきっかけはありますか？ ある（ ） ない

2. 今つらいことは、どんなことですか？（複数チェック可）

- よく眠れない 疲れやすい 体がだるい やる気がでない 不安感 胸がどきどきする 息苦しくなる
- 気持ちが落ち込む 考えがまとまらない 集中力がなくなった よく涙が出るようになった
- いらいらする 気持ちが焦りやすい 朝起きるのがつらくなった 元気がよすぎる 怒りっぽい 食欲がない
- 食欲がありすぎる 頭痛 腹痛 腰痛 肩こり めまい 身体の冷え 吐き気 下痢 便秘 喉の違和感
- 死にたい気持ちになることがある 周りから嫌がらせを受けているように感じる あり得ないことがよく起こる
- 悪口などが聞こえてくる 自分の事が周囲につつまぬけになっている 周りの出来事に無関心になってきている
- 浪費してしまう やたら動く 色々なアイディアがボンボン浮かぶ 寝なくても疲れしない
- その他（ ）

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）
- 平均睡眠時間はおおよどのくらいですか？ 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
- お昼寝をしますか？  
する（1週間あたり 日位、1日 時間程度） しない

4. 食欲について

- 食欲はありますか？ はい いいえ
- 1日何食ですか？（ 食）
- 1日の水分量はどれくらいですか？（ Lくらい）
- 身長と体重を教えてください。（身長 cm 体重 kg）
- 体重の変化はありますか？ はい（ここ カ月で kgの 減少 増加） いいえ

5. 排便について

- 1回以上/日 1回/2~3日 1回/3~7日 1週間以上
- 下剤使用 有 無（使用薬品名： ）

6. 運動について

- 運動習慣はありますか？ はい（内容： 週に 回 分位） いいえ

7. 女性の方にお聞きします

現在妊娠している可能性はありますか？ はい いいえ 不明  
月経 順 不順 閉経（ 歳頃） 生理に関連して出現する症状（ )

8. 元来のご性格はいかがでしたか？

内向的 社交的 神経質 あまり細かいことは気にしない 気は長い 短気 凝り性 あきっぽい  
責任感が強い 気を使いすぎる マイペース その他（ )

9. これまで、心療内科や精神科などを受診されたことはありますか？

ない ある  
① 年 月 ~ 年 月まで 医療機関名： 入院 外来  
② 年 月 ~ 年 月まで 医療機関名： 入院 外来  
③ 年 月 ~ 年 月まで 医療機関名： 入院 外来  
※現在通院中ですか？ はい いいえ

10. いままで治療された主な心や身体のご病気、手術歴などについて

なし あり（病名：① ② ③ )  
糖尿病（なし あり） 心臓疾患（なし あり 病名： ) 高血圧（なし あり）  
緑内障（なし あり） 肝臓疾患（なし あり 病名： )  
※現在治療中のご病気はありますか？  
なし あり（病名： )  
※現在内服中のお薬はありますか？ なし あり（薬剤名： )  
※血縁のご家族で心療内科・精神科・神経科などを受診されたことがある方はおられますか？  
なし あり（ご関係： 病名： )

11. 生育歴・教育歴・職業歴についておうかがいします。

出身地（ ) 主な生育地（ )  
最終学歴（中学校 高校 専門学校 大学 大学院） 卒業 在学中 中退  
差し支えなければ学校名を教えてください（ )  
現在のご職業（ ) 転職 なし あり（ 回）  
就労されている方へ：平均的な残業時間（1ヶ月 時間程度）、 休日の頻度（1ヶ月 日程度）

12. ご家族についておうかがいします。

両親はご健在ですか？ はい いいえ（ )  
兄弟姉妹 なし あり（ 人中 番目） 子供 なし あり（ 人）  
結婚歴 未婚 既婚 離婚 現在同居中の方（ )  
キーパーソン（重要人物、頼りにしている人）はどなたですか？（ )

13. お薬や食べ物が原因で、発疹や肝障害などのアレルギーを起こしたことはありますか？

なし あり（症状 )

14. 飲酒やたばこなどについて

飲酒 飲まない ほとんど飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む（1日あたり ml・杯）  
喫煙 吸わない 吸う（1日あたり 本位） 喫煙年数（ 年） 過去の禁煙回数（ 回）  
シンナー・覚せい剤・大麻・LSD・MDMA・危険ドラッグなどの使用歴 なし あり

15. 趣味や興味のあることはありますか？よろしければ教えてください。

（ )

※ご記入が終わりましたら、受付までお声かけください。

※ご記入いただきました個人情報、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。

ありがとうございました。

# ご来院の皆様へ

- 谷こころのクリニックからのお願い -

## キャンセルについて

・キャンセルは**前日まで**にお願いします。※時間外（**当日朝 8 時 20 分までに留守番電話にメッセージでも可。**）にても対応しております。

- ・**当日キャンセル・無断キャンセル**が複数回あった場合、当院での治療継続が困難になります。
  - ・当日キャンセル・無断キャンセルは沢山の患者様の受診機会が失われてしまいます。
- 平等性を保つため、皆さまのご理解ご協力をお願いします。

## 迷惑行為について

当院では、**次のような迷惑行為**があった場合には、**診察をお断りする**場合がございます。患者さんの安全を守り、診察を円滑に行うとともに最善の医療を提供するためにも、何卒ご理解のほどお願いします。

- ・院内での乱暴な言動また脅迫的な行動により、来院中の皆様あるいは職員に恐怖心や不安感を与えた場合
- ・解決しがたい要求を繰り返し行い、診療業務を妨げた場合
- ・建物設備や物品等を故意に破損した場合
- ・受診に必要なでない危険な物品を院内に持ち込んだ場合
- ・許可なく院内で写真・ビデオなど撮影した場合
- ・前記の行動に対する職員の制止・指示を無視し、その行動を中止しない場合

当院では、**診療の妨げになる迷惑行為や暴力・暴言**があった場合直ちに**警察に通報**します。

## 感染対応について

受付時、37.5℃以上の方は診察をお断りしております。ご了承ください。

他者（家族を含め）の安全確保の為に、患者さんご本人の**承諾有無に関わらず**、他害行為（心理的・身体的・性的・経済的）が疑わしき場合は、支援サポート体制構築の為に**しかるべき行政機関に連絡**させていただきます。

院長

私は上記の内容を理解し、同意します。

同意日：.....年.....月.....日

患者様氏名：.....