

(ふりがな) お名前： _____		生年月日：大・昭・平 年 月 日 歳	
ご住所 〒 _____		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
電話番号 自宅： _____ / 携帯： _____		※事務上の連絡先： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他( _____ )	
連絡の際に「みずほクリニック」と名乗ってもよろしいですか？ ⇒ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
緊急時の連絡先(本人様以外)			
お名前： _____		電話番号： _____ 続柄( _____ )	

\*当院をどのようにしてお知りになりましたか？ にし印をつけてください

<input type="checkbox"/> 他院などからの紹介(施設名： _____ )	<input type="checkbox"/> 当院ホームページ	<input type="checkbox"/> 看板	<input type="checkbox"/> 通りがかり
<input type="checkbox"/> その他( _____ )	<input type="checkbox"/> 検索エンジン( <input type="checkbox"/> google <input type="checkbox"/> yahoo 検索したキーワード： _____ )		

\*健康面について、持病や既往歴などはありますか？

<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大症	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 腎臓病
<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> ひきつけ・けいれん	<input type="checkbox"/> アレルギー( _____ )		
<input type="checkbox"/> その他の病気( _____ )						

\*お薬について

副作用の経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ ありの場合：薬の名称と症状( _____ )
他の病院でお薬をもらっていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 薬の名称( _____ )
※お薬手帳をお持ちの方はご提出お願いします。

\*お酒・タバコについて

お酒は飲みますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ ビール 本/日 日本酒 合/日 焼酎・チューハイ 本/日
タバコは吸いますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ _____ 本/日

\*ご家族について ご家族の続柄・年齢・ご職業・健康状態をご記入ください(同居と同居以外の方を別々に)  
【記入例】同居：夫 54才 公務員 糖尿病、長女 26才 会社員 健康 同居以外：次女 21歳 大学生 健康

(同居している家族)	(同居していない家族)

\*血縁関係にある方が心療内科・精神科に通院していたことはありますか？ なし あり

\*通院していた方は？

<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> おじ <input type="checkbox"/> おば <input type="checkbox"/> その他( _____ )
--

\*婚姻について

婚姻歴： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 再婚
既婚の場合：結婚期間①( _____ 歳～ _____ 歳) 2回以上ある場合：②( _____ 歳～ _____ 歳) ③( _____ 歳～ _____ 歳)

\*生育地と最終学歴

生育地： \_\_\_\_\_ 都・道・府・県 \_\_\_\_\_ 市・町・村 その他（ \_\_\_\_\_ ）  
最終の学校名： \_\_\_\_\_（中学 高校 専門学校 大学 大学院 / 卒 中退 在学中）

\*現在仕事をしていますか？  はい  いいえ

\*仕事についている方は、職業について記入してください

職業（ \_\_\_\_\_ ） 雇用形態 正社員 派遣社員 アルバイト パート その他（ \_\_\_\_\_ ）  
勤続（ \_\_\_\_\_ ）年 転職歴 なし あり 前職（ \_\_\_\_\_ ） 転職回数（ \_\_\_\_\_ ）回 週休（ \_\_\_\_\_ ）日

\*現在休職中ですか？  いいえ  はい（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から）

\*ご自身の性格について、当てはまると思うものを選んでください（複数選択可）

内向的 外向的 のんき 短気 几帳面 神経質 おおざっぱ わがまま  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

.....  
\*いつから、どのような症状がありますか？

ゆううつ 眠れない 不安 やる気が出ない めまい 頭痛 人前で過度に緊張する  
食欲不振 イライラ 動悸 体がだるい 過食 疲れやすい 考えがまとまらない  
対人関係がうまくいかない 些細なことが気になる 家に引きこもってしまう 性欲がない  
お酒がやめられない ADHD/発達障害かもしれない  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

\*上記のような症状が生じたのはいつ頃からですか？

昭和 平成 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 頃から

\*きっかけとなった出来事や状況、ストレスがあれば記入してください

\*以前に別の心療内科・精神科を受診したことがありますか？

いいえ  はい ⇒ 受診されたことがある方は以下にご記入ください(可能な範囲でかまいません)  
病院・診療所名 \_\_\_\_\_ 通院時期 \_\_\_\_\_ 治療内容（投薬、入院、カウンセリング など）  
\_\_\_\_\_ 年 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 月  
\_\_\_\_\_ 年 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 月  
\_\_\_\_\_ 年 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 月

\*その他気になることなどがございましたら、記入してください

\*記入者の氏名： \_\_\_\_\_ /本人との続柄（ \_\_\_\_\_ ） \*本日同伴の方は：いない いる/続柄（ \_\_\_\_\_ ）

ご協力ありがとうございました