

初めて診察を受けられる方へ

受診日 年 月 日

ふりがな			性別
お名前			男 ・ 女
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 ( ) 才		
ご住所	〒		
電話番号	自宅：	携帯：	
※事務上の連絡	いずれかに○印をつけてください ⇒ 自宅・携帯・その他 ( ) 連絡の際に「富士見台病院」と名乗ってもいいですか？ ⇒ 可 ・ 不可		
緊急時の連絡先 (本人様以外) 複数あれば複数	(続柄：_____)		

\*以下の質問は、差し支えの無い範囲でご記入いただき、お答えが難しい箇所などは空欄のままで構いません。  
なお、ご記入いただいた個人情報は厳重に管理し、診療に関する範囲を超えて利用することはありません。

1. いつから、どのような症状で困っていますか？

<p>・いつからですか _____年 _____月 _____日頃 (_____)歳頃 ・ 不明</p> <p>・どのような症状ですか (記入例 : 気分が沈みこむ、眠れない、不安がつよい、人前で緊張する など)</p> <p>・きっかけとなった出来事や状況、ストレスなど、思い当たることがございましたらお書きください。</p>
--

2. 今までに他の精神科や心療内科を受診したことはありますか？

a) いいえ（この項目の質問は終了です）

b) はい（直近の通院・入院歴をなるべく具体的にわかる範囲で教えてください）

⇒ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日頃 \_\_\_\_\_病院（外来・入院）

・その際の診断名を教えてください \_\_\_\_\_

・どのような治療を受けましたか（記載例：薬物療法、カウンセリング など）

・今までに精神科や心療内科に通院歴や入院歴がありますか？

⇒昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日～\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_病院

⇒昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日～\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_病院

⇒昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日～\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_病院

3. 健康面について

・現在通院中、服薬中の病気はありますか？

いいえ

は い ⇒ 薬剤名の記入やお薬手帳を準備して下さい。

・今までに何か手術を受けたことはありますか？

いいえ

は い ⇒

・薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ

は い ⇒

#### 4. 生活面について

##### ・睡眠について

平日 就寝\_\_時 起床\_\_時 入眠障害 (あり・なし) 中途覚醒 (あり・なし) 熟眠感 (あり・なし)  
休日 就寝\_\_時 起床\_\_時 入眠障害 (あり・なし) 中途覚醒 (あり・なし) 熟眠感 (あり・なし)

##### ・食事について

食欲はありますか (ある・ない)

お食事はどなたが作りますか (ご自身で・ご家族・外食や買ってくることが多い)

##### ・お酒について

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 \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ くらい)

止めた方は ( \_\_\_\_\_ 歳頃から \_\_\_\_\_ 歳頃まで) (1日あたり \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ くらい)

##### ・たばこについて

吸わない ・ 吸う (1日あたり \_\_\_\_\_ 本くらい) \_\_\_\_\_ 歳頃から吸っている。

(止めた方は \_\_\_\_\_ 歳頃から \_\_\_\_\_ 歳頃まで吸っていた) (1日あたり \_\_\_\_\_ 本くらい)

・現在のご職業 (昭和・平成・令和) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月から \_\_\_\_\_

【仕事内容を下記に記載して下さい】

・趣味や気分転換方法などはございますか

#### 5. 社会資源について

##### \*現在の社会資源の利用について

・障害年金受給の有無 無 ・ 有 ⇒障害基礎年金・障害厚生年金・障害基礎厚生年金 (等級 \_\_\_\_\_ 級)

・受給中の年金の種類 老齢基礎年金・老齢厚生年金・老齢基礎厚生年金・企業年金

・障がい者福祉手帳の有無 無 ・ 有 ⇒ 精神 ・ 知的 ・ 身体 (等級 \_\_\_\_\_ 級)

・要支援、要介護度の有無 無 ・ 有 ⇒ 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

・利用中の障害福祉サービスの有無 無 ・ 有 (利用中の場合、下記に利用しているサービスを記入)

※計画相談の担当者がおりましたら、事業所名・担当者・連絡先を記載して下さい。

・利用中の介護保険サービスの有無 無 ・ 有 (利用中の場合、下記の利用しているサービスを記入)

※ケアマネージャーがおりましたら、事業所名・担当者・連絡先を記載して下さい。

6. 下記に、ご家族の続柄・年齢をご記入ください。(同居の方と同居以外の方を別々に)

(記入例) 夫 56才、 長女 26才 など

同居している方	同居していない両親・兄弟姉妹・子等
---------	-------------------

- ・ 生育地はどちらですか ( )、
- ・ 兄弟姉妹はいますか。ご自身は何番目ですか (同胞 名中第 子)
- ・ 最終学歴 (中卒・高卒・専門卒・4年制大学卒・大学院卒)  
差し支えなければ、学校名や学部 ( )

7. 婚姻について ⇒ 未婚

既婚 平成・昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ( \_\_\_\_\_ 才のとき)

離婚・死別 平成・昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ( \_\_\_\_\_ 才のとき)

再婚 平成・昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ( \_\_\_\_\_ 才のとき)

8. 本日の受診のことをご家族は知っていますか (知っている・知らない)

9. 本日同伴の方は いる ・ いない (いらっしゃる場合はご本人との続柄 \_\_\_\_\_)

\*記入者の氏名 \_\_\_\_\_ (代筆の場合は、ご本人との続柄 \_\_\_\_\_)

ご協力ありがとうございました