

医者と学ぶ「心のサプリ」 初診時のまとめ

ご本人のお名前： _____ (才)

※伝えたくないことは飛ばしていただいて構いません。

1. 一番困っていることは何ですか？（簡潔に書いてください）

2. 悩み始めたのはいつごろからですか？ 平成 _____ 年 _____ 月ころ

きっかけ： _____

3. 今まで、同じような症状で治療を受けたことはありますか？ ない ある

医療機関	受診期間	病名・治療内容	通院・入院
	年 月 ~ 年 月		通院・入院
	年 月 ~ 年 月		通院・入院
	年 月 ~ 年 月		通院・入院
	年 月 ~ 年 月		通院・入院
	年 月 ~ 年 月		通院・入院

4. どのような症状が認められますか？当てはまる□に✓を付けて下さい。

- ① 寝つきが悪い 途中で目が覚める 早く目が覚める 昼夜逆転している
- ② 食欲がない 食べ過ぎてしまう 吐いてしまう
- ③ 動悸・胸痛 呼吸困難感 腹痛・下痢・便秘 頭痛 めまい・ふらつき
肩がこる 身体が痛い・しびれる 疲れやすい だるい
- ④ 憂うつで塞ぎこむ 物事が楽しめない やる気が出ない
人に会いたくない 消えてしまいたい 死にたいと思う
- ⑤ 情緒不安定 怒りっぽい おしゃべりがとまらない 興奮しやすい
- ⑥ 漠然と不安 決まった場所や状況 () が苦手
物事を必要以上に確認してしまう 意味のないことを繰り返し考える
- ⑦ 誰かに悪口を言われているような気がする うわさされている
見張られているような気がする いないはずの人の声や物音が聞こえる
- ⑧ お酒がやめられない 無駄な買い物ばかりしてしまう 薬がやめられない
- ⑨ 物忘れが困る
- ⑩ 人間関係で悩んでいる (家族・職場) 仕事が合わない
- ⑪ その他 ()

5. 症状は全体的にどの程度でしょうか？当てはまる□に✓を付けて下さい。

- 家事・仕事・勉強が手につかない (いつごろから：)
- 家事・仕事・勉強ができない 引きこもっている (いつごろから：)

6. 生い立ちについてお聞きします。

出身地はどちらですか？ _____

兄弟・姉妹は何名で、ご自身は何番目ですか？ _____ 人中 _____ 番目

産まれた時に変わったことがありましたか？ _____

発達の遅れを指摘されたことはありますか？ ある () なし

7. 最終学歴 学校名： _____ 在学中 中退 卒業
学校での成績は よい ふつう 悪い

8. 職業について

現在 仕事をしている（お仕事の内容： _____）
仕事をしていない（最後にお仕事をされていたのは _____月・年前）

職歴をお書き下さい： _____

9. ご結婚されていますか？ していない している（ 回目・ご結婚年齢： 歳）
したことがある（回数： 回・ご結婚年齢： 歳 ～ 歳）

10. お子さんはいらっしゃいますか？ いる（年齢と性別 _____） いない

11. ご家族の方に心の病気の方はいらっしゃいますか？ _____

12. ご自分の、もともとのご性格について、当てはまるものすべてに を付けて下さい。

愛想がよい よく笑う 世話好き 人付き合いが好き ハデ好き きちょうめん
規則をよく守る 根気がある あきらめやすい 心配性 同じ話を何度もする
どんかん 人付き合いが苦手 他人に関心がない 無口 疑い深い がんこ

13. 現在、他の病気で通院されている病院はありますか？

ない ある（病院の名前： _____）

14. 現在、服用されているお薬があれば、お書き下さい。

--

15. 今までにかかった主な病気やケガについて、お書きください。

年齢	ご病名	医療機関名

16. 最後にいつ血液検査を受けましたか？ _____年 _____月

17. 食べ物や薬を飲んでじんましんがでたり、体調が悪くなったりしたことはありますか？

ない ある（その食べ物・薬の名前： _____）

18. お酒は飲みますか？ 飲まない 飲む（毎日 時々 量 _____）

タバコは吸いますか？ 吸わない 吸う（毎日 時々 本数 _____）