

## 精神・神経科 相談票

お名前 \_\_\_\_\_

付き添いの方 あり（本人との関係 \_\_\_\_\_ ） ・ なし

生年月日（年齢） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 歳）

今日はどのようなことでいらっしゃいましたか？

それはいつ頃からですか？

思い当たるきっかけはありますか？ はい・いいえ

→「はい」の場合（具体的にお書きください）

そのことで病院に受診しましたか？ はい/いいえ

これまで精神科・心療内科に通院または入院したことがありますか？

医療機関名	治療期間	病名
_____	_____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月	_____
_____	_____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月	_____
_____	_____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月	_____
_____	_____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月	_____
_____	_____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月	_____

あてはまるものにチェックしてください。

現在の体調： 体重 (かわらない やせた 太った)： 睡眠 (よい あまりよくない 悪い)  
： 食欲 (よい あまりよくない 悪い)： 便通 (普通、下痢、便秘)： めまい (あり なし)  
： 動悸 (あり なし)： 頭痛 (あり なし)： その他( )

以前の健康状態：

生まれたとき (安産 難産 未熟児 仮死 その他)：ひきつけ・けいれん (あり なし)  
： 頭を強くうったこと (あり なし)： 気を失ったこと (あり なし)

これまでに治療を受けた病気はどのようなものがありますか？

(病名と医療機関名をお書きください)

\*現在服薬中の薬、受けている治療があればスタッフにお伝えください。

生活のことやご家族のことについて教えてください。

出身地 (都道府県) \_\_\_\_\_  
最終学校名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年卒業)  
職歴 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

きょうだい \_\_\_\_\_ 人中 \_\_\_\_\_ 番目  
結婚 \_\_\_\_\_ 未婚・既婚 ( \_\_\_\_\_ 歳)・離婚 ( \_\_\_\_\_ 歳)・再婚 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
夫または妻の年齢 ( \_\_\_\_\_ 歳)、お仕事 ( \_\_\_\_\_ )  
現在一緒に住んでいる人 \_\_\_\_\_

飲酒 (頻度：毎日 2-3日に一度 週に1度 月に一度・機会飲酒 飲まない)  
(一回の量： \_\_\_\_\_ )

タバコ \_\_\_\_\_ 吸っている (一日 \_\_\_\_\_ 本× \_\_\_\_\_ 年間) ・ 吸わない

宗教 なし あり ( \_\_\_\_\_ )

趣味 ( \_\_\_\_\_ )

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ Kg

この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？

はい (指摘事項： \_\_\_\_\_ )

いいえ

現在、妊娠しているのか、またその可能性はありますか？

はい (出産予定日：20 年 月 日)

いいえ ・ 不明 ・ 閉経

ご家族の中で精神科・心療内科に通院したことがある方、現在治療中の方はいらっしゃいますか？

続柄	病名	治療期間
_____	_____	年 月～ 年 月
_____	_____	年 月～ 年 月
_____	_____	年 月～ 年 月

\* ご家族が当院に受診されていた（されている）場合、お名前と ID 番号を教えてください。今回受診される患者様の診断治療の参考になる場合もございます。

その他：現在の悩みや治療に関する希望をお書きください。

外来希望日 < 月 火 水 木 金 特に無し >

当院は、マイナンバーカードの健康保険証利用で、オンラインにて患者さんの服薬情報や健診結果等を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。