

周囲からの目線や評価に対して過敏である 物音に対して過敏である
こだわりが強い コミュニケーションが苦手である 対人緊張が強い
人込みや閉所が苦手である 過呼吸を起こす
お酒、たばこなど嗜好品をやめられない 過剰な食欲や拒食などの食の問題
頭痛、腹痛、お腹が張る、吐き気、めまい、耳鳴りなどの身体症状

・「日によって」あるいは「時間帯によって」好不調の波はありますか？

なし あり

・症状がでるようになったきっかけ、状況、ストレスなどありましたらご記入ください（自由に記入）。

・当院以外の精神科・心療内科に受診や入院されたことはありますか？

なし あり

※ありの方へ

・いつ頃受診または入院されましたか？

年 月 日～ 年 月 日： 病院・クリニック（通院・入院）

年 月 日～ 年 月 日： 病院・クリニック（通院・入院）

・本日紹介状はお持ちですか？

いいえ はい

・本日お薬手帳はお持ちですか？

いいえ はい

※いいえの方へ

・現在、精神安定剤や睡眠薬などの薬を服用していますか？

いいえ はい

※はいの方はお薬の名前や内容が分かればご記入ください。

・精神科薬以外で服用しているお薬があればご記入ください。

療育手帳は取得されていますか？

いいえ はい→A or B

・これまで内科・外科などの病気（高血圧、糖尿病、手術など）を患われたことはあれば下記にご記入ください。

病名 歳 病院・クリニック

病名 歳 病院・クリニック

・食事やお薬でアレルギーがあればご記入ください。

食事（ ） 薬（ ）

平均睡眠時間：（ ）時間程度

就寝時刻：（ ）時頃 起床時刻：（ ）時頃

現在の睡眠状況

眠れる 寝言が多い 睡眠時に足が動く・むずむずする

寝つきが悪い 途中で目が覚める 朝早く目が覚める 熟眠感がない

悪夢を見る 昼夜逆転している

・食欲

普通 旺盛 なし 日によって変動

・排便

（ ）日に（ ）回くらい

・排尿

1日に（ ）回くらい

・身長 センチ

・体重 kg

6か月以内の体重の増減

増えた 同じ 減った

・現在妊娠している、またはその可能性はありますか？（女性のみ）

いいえ はい

・転居歴

出身地、何歳から何歳までどこで生活していたかなど、可能な限り記入してください。

・趣味／特技（自由に記入）

・性格（自由に記入）

例：気分が波がある、イライラしやすい、社交的、頑固で融通が効かない、責任感が強いなど

・家族構成

私は（ ）人兄弟（姉妹）の（ ）番目または1人っ子

ご両親は→健在・他界→昭和・平成・令和（ ）年に（ ）で他界。

婚姻歴は？ なし あり

ありの方へ 婚姻時年齢 歳

離婚歴は？ なし あり

ありの方へ 離婚時年齢 歳

子供はいますか？ いいえ はい

はいの方へ 人

現在同居している場合の家族構成について教えて下さい

血縁関係の方で精神科又は心療内科にかかった方や持病などありましたらご記入ください

