

フリガナ お名前	性別 男・女
生年月日 M. T. S. H. 年 月 日	年 令 才
現住所 〒	電 話 ()
<p>①当院をどこでお知りになりましたか？</p> <hr/> <p>②家族構成(同居の方に○)</p> <hr/> <p>③職業・職種/学校名・学年</p> <hr/> <p>④薬物アレルギー（有・無） 内容</p> <hr/> <p>⑤現在服用中の薬（常備薬） 名称（わかる場合のみ記入）</p> <hr/> <p>⑥その他（嗜好品）</p> <p>たばこ 1日 本ぐらい</p> <p>アルコール</p> <p>（日本酒）</p> <p>（ビール）</p> <p>（その他）</p> <p>コーヒー 杯</p> <p>紅茶・緑茶 杯</p>	<p>⑦今つらい事は、どんな事ですか。 <u>下記よりいくつでも○で囲んで下さい。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・不安感・緊張感・悲哀感(涙もろい)・焦燥感 ・意欲低下・集中力低下・ゆううつ・死にたい気持ち ・興奮・イライラ・そう状態(爽快感/多弁/多動) ・攻撃性(ムツとする/カッとする)・自傷行為 ・幻聴・被害的思考・悲観的思考・妄想() ・不眠(寝付けない・中途覚醒・早朝覚醒)・過眠 ・肩こり・疲労感・けいれん・パニック発作 ・胸内苦悶・言動がおかしい・物忘れ・痴呆(認知症) ・食欲不振・体重減少・拒食・過食・嘔吐・胃痛 ・動悸(ドキドキ)・頭痛・下痢・便秘・吐き気 ・その他() <p>⑧過去の病気(身体的・精神的)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緑内障・ぜんそく・重症筋無力症・前立腺肥大 ・その他 ご注意下さい <p>⑨今日相談したいことはどんなことですか?(複数可)</p> <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">裏面にもご記入をお願いします→</p>