

フリガナ					
氏 名	様	男・女	同伴者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(ありの方) 続柄 (      )
生年月日	T・S・H      年      月      日生	歳			氏名 (      )

● どのような自覚症状がありますか？

眠れない       いろいろな       意欲が出ない       考えがまとまらない       物忘れをする  
 不安が強い       気分が重い       食事がとれない       思い込みが強い  
 その他 (      )

● いつ頃からそうになりましたか？      年      月頃

● 症状の原因や誘因について、思い当たることがあれば記入してください  
 (家庭、学校、職場など。生活環境や人間関係のストレスについても心当たりはありませんか？)  
 (      )

● そのために心療内科・精神科に受診されたことがありますか？ ……………  ない     ある

ある方へ お薬の内容が分かればお書きください  
 薬剤名 (      )

● 以前にも同じように具合が悪くなったことはありますか？ ……………  ない     ある

ある方へ いつ頃、どのような症状だったかお書きください  
 (      )

● 家族構成について

同居されてるご家族 (各年齢)      同居されてないご家族 (各年齢)  
 (      ) (ご父母・ご兄弟・お子さままで結構です)

● 現在治療中のお体の病気はありますか？ ……………  ない     ある

ある方へ 病名とお薬の内容が分かればお書きください  
 病名・薬剤名 (      )

● 以前に大きな病気したり、手術を受けたことがありますか？ ……………  ない     ある

ある方へ 病名が分かればお書きください  
 病名 (      )

● 眼圧が高い、または緑内障と診断されたことはありますか？ ……………  ない     ある

● 甲状腺の病気と診断されたことはありますか？ ……………  ない     ある

● お薬や注射で発疹が出たり気分が悪くなったことはありますか？ ……………  ない     ある

ある方へ お薬の内容が分かればお書きください  
 薬剤名 (      )

● 心臓疾患や健診などで心電図異常を指摘されたことがありますか？ ……………  ない     ある

ある方へ 病名 (      )

裏面に続く

