

現在もっている病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
病名	期間	通院中の病院名	薬剤名	
	年 月(歳)~			
	年 月(歳)~			
	年 月(歳)~			
過去にかかった大きな病気(心療内科・精神科以外) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
病名	期間	病院名	薬剤名 状況	
	年 月(歳)~ 年 月(歳)まで			
	年 月(歳)~ 年 月(歳)まで			
	年 月(歳)~ 年 月(歳)まで			
精神科・心療内科の受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
病名	期間	病院名	薬剤名	状況
	年 月(歳)~ 年 月(歳)まで			<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院
	年 月(歳)~ 年 月(歳)まで			<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院
	年 月(歳)~ 年 月(歳)まで			<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院
	年 月(歳)~ 年 月(歳)まで			<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院
	年 月(歳)~ 年 月(歳)まで			<input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 入院
血縁者の精神科・心療内科受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
誰が・病名 []				
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (本/日) <input type="checkbox"/> やめた (~ 歳まで)			
飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (日/週) (種類・量)) <input type="checkbox"/> やめた (~ 歳まで)			
妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (カ月) 授乳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳 カ月) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある			

症 状	あてはまるものがあればチェックをお願いいたします
睡眠状況	就寝（ ）時 起床（ ）時 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 寝ついたあと何度も目が覚めてしまう <input type="checkbox"/> 朝早く目が覚めてしまいそのまま眠れないことがある <input type="checkbox"/> 起きた時よく眠れた気がしない <input type="checkbox"/> 昼間に眠気がある
抑うつ	<input type="checkbox"/> 気分が落ち込む <input type="checkbox"/> 集中力がかけてしまっている <input type="checkbox"/> 以前は楽しめていたことが今は楽しめない <input type="checkbox"/> 死にたいと思ってしまう
不安感	<input type="checkbox"/> 具体的な対象のない漠然とした不安感が続いている <input type="checkbox"/> 戸締りや火の元などが気になって何度も確認する <input type="checkbox"/> 汚れが気になり、何度も手や身体を洗ったりする <input type="checkbox"/> 人の前に出たり、発表したりするのが苦手で緊張が強い <input type="checkbox"/> 電車・バスなどに乗れない、映画館や外食ができない <input type="checkbox"/> 事故にあった、いじめにあったなどの経験があり、思い出すと感情のコントロールが難しくなる <input type="checkbox"/> 誰かに悪口を言われている、テレビやネットで悪口が流されている
気分の 変動性	<input type="checkbox"/> 気分が周期的に浮き沈みする <input type="checkbox"/> 気分がムラがあり、カッとなりやすい <input type="checkbox"/> 何かに急かされているような焦りを感じる <input type="checkbox"/> まわりがきちんと動いてくれなくてイライラすることがある <input type="checkbox"/> 羽目をはずしてしまったり、お金の無駄づかいを指摘されている
その他の こころの 症状	<input type="checkbox"/> いろいろな考えが頭に浮かんで考えがまとまらない気がする <input type="checkbox"/> 誰かに見られている・聞かれている感じにとらわれている <input type="checkbox"/> 自分の考えを他人に読みとられたり、抜き取られている気がする <input type="checkbox"/> いないはずの人の声や物音に悩まされている <input type="checkbox"/> 自分には見えているのに周りの人には見えないといつも否定されてしまう <input type="checkbox"/> 掃除や片づけは昔から苦手な方である <input type="checkbox"/> 忘れ物や落とし物が多い、大事なものをなくす <input type="checkbox"/> 空気を読むのは苦手な方である <input type="checkbox"/> 長時間待ったり、じっと静かにしていることは苦手 <input type="checkbox"/> いったん自分が決めたことを変更されるのは我慢できない <input type="checkbox"/> こだわりが強い <input type="checkbox"/> 人づきあいが苦手 <input type="checkbox"/> 発達障害が気になる、誰かに指摘をされた <input type="checkbox"/> 自分を傷つけたくなくなる、傷つける <input type="checkbox"/> 食べ吐きを止められない <input type="checkbox"/> 記憶が飛び、記憶がない間に行動をしていた <input type="checkbox"/> その他： []
体 重	体重の変化 <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 減少 <input type="checkbox"/> 増加 （ カ月で kg）

<p>教 育 歴</p>	<p>小学校： 普通学級（ 立 小学校） 成績：下・中・上 通級：なし・あり</p> <p>特別支援学級（ 立 小学校）</p> <p>特別支援学校（ 立 小学校）</p> <p>中学校： 普通学級（ 立 中学校） 成績：下・中・上 通級：なし・あり</p> <p>特別支援学級（ 立 中学校）</p> <p>特別支援学校（ 立 中学校）</p> <p>高校： 普通学級（ 立 高校） 成績：下・中・上</p> <p>定時制 ・ 通信制</p> <p>特別支援学校（ 立 高校）</p> <p>その他：（ ） ※高専、専門学校、大学、大学院など</p> <p>最終学歴（学校名： ） <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 在学 <input type="checkbox"/> 中退</p>
<p>当院を知っ たきっかけ</p>	<p><input type="checkbox"/> 他医療機関の紹介（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> インターネット</p> <p><input type="checkbox"/> 駅看板広告</p> <p><input type="checkbox"/> 車内広告</p> <p><input type="checkbox"/> 院長の書籍</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p>

ご協力どうもありがとうございました。