



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 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)

身体症状	<input type="checkbox"/> 痛み： <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> おなか <input type="checkbox"/> 背中・腰 <input type="checkbox"/> ほか（ ） <input type="checkbox"/> 発熱・倦怠感 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 食欲の低下 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 皮膚のかゆみ <input type="checkbox"/> 喉のつかえ感 <input type="checkbox"/> 手足のしびれ <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき
仕事について	<input type="checkbox"/> 勤務に支障をきたしている <input type="checkbox"/> 休職中 年 月（ 歳）～ <input type="checkbox"/> 退職した 年 月（ 歳） <input type="checkbox"/> もともと働いていない
	会社名・職業（ ） 勤続年数（ ）年間 職種 <input type="checkbox"/> システム・IT <input type="checkbox"/> 営業・販売 <input type="checkbox"/> 企画・開発 <input type="checkbox"/> 人事 <input type="checkbox"/> 専門職（ ） <input type="checkbox"/> ほか（ ） 勤務時間（ : ~ : ） 通勤時間（片道 : ） 勤務（週 日）
	<input type="checkbox"/> 忙しい <input type="checkbox"/> 残業が多い（月 時間） <input type="checkbox"/> ノルマがありこなすことが難しい <input type="checkbox"/> 仕事が楽しめない <input type="checkbox"/> 休みたいが、一度休むとそのままになってしまいそうで休めない <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 人間関係に問題を感じている（誰に対して ）
家族について	過去の職歴 ①会社名・職業（ ）（ 歳～ 歳） ②会社名・職業（ ）（ 歳～ 歳） ③会社名・職業（ ）（ 歳～ 歳） ④会社名・職業（ ）（ 歳～ 歳）
	兄弟姉妹（ ） 出生地（ ） 同居家族（ ） 結婚歴 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 介護の問題がある <input type="checkbox"/> 育児の問題がある <input type="checkbox"/> 夫婦関係に問題がある <input type="checkbox"/> その他（ ）
頼りになる人	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 職場の上司 <input type="checkbox"/> 同僚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他（ ）



<p>教 育 歴</p>	<p><b>小学校</b>：  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><b>中学校</b>：  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><b>高校</b>：  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><b>その他</b>：（ ）  ※高専、専門学校、大学、大学院など</p> <p><b>最終学歴</b>（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。