

# 新潟メンタルクリニック 受付票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号			

今一番困っていること、相談したい内容をご記入ください。

その症状はいつ頃からありますか？またきっかけとなる出来事があればご記入ください。

今回の来院は  自分が希望して  家族の勧めで  その他（ ）

生まれてから今までについて当てはまるのにチェックをつけてください。

生まれた時  未熟児  発達の遅れ  ひきつけ  けいれん  その他（ ）  
 学童期  チック  不登校  ひきこもり  大きな怪我  その他（ ）  
 内科の病気  緑内障  前立腺肥大症  糖尿病  高血圧  高尿酸血症  脂質異常症  脳梗塞  
 心臓病  がん  その他（ ）  
 精神科の病気  うつ病  双極性障害（躁うつ病）  パニック症  統合失調症  強迫症  発達症  
 認知症  その他（ ）

現在、飲んでいるお薬（市販薬やサプリメント含む）はありますか？

なし  あり（ ）

喫煙、飲酒について教えてください

喫煙： 吸わない  吸う（ 本/日 × 年間）

禁煙した（ 年前から。それまで喫煙（ 本/日 × 年間））

飲酒： 飲まない  飲む（週 日） 種類・量（ ）

食べ物や薬・注射のアレルギー（気分が悪くなったり、じんましんが出たりする）はありますか？

なし  あり（ ）

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ  はい（ 妊娠中  妊娠の可能性あり  授乳中）

睡眠：平均（ ）時間  睡眠が悪い  寝つきが悪い  途中で覚める  熟眠感がない  目覚めが早い

日中の眠気  首筋や肩こり

食欲： 問題なし  減っている  増えている

ここ6ヶ月間の体重変化： ほぼ変化ない（2kg以内）  減った（ ）kg  増えた（ ）kg

便秘： 問題なし  下痢気味  便秘気味  便秘と下痢を繰り返す

性格について当てはまるものを選んでください。

- 明るい 楽天的 社交的 内向的 礼儀正しい 頑固 短気 怒りっぽい 神経質 負けず嫌い  
あきやすい 派手好き わがまま 無口 気むずかしい あいそがない 交際が狭い 几帳面

ご家族について

父は健在死去 母は健在死去

兄弟姉妹：( ) 本人は( 番目)

配偶者 いる いない 子供 いる いない

今、一緒に住んでいる方は誰ですか？( )

治療にあたり、あなたを一番支えてくれる人は誰ですか？( )

血縁者で、精神科や心療内科にかかっている方はいますか？

いいえ はい(続柄： 、病院名や症状の内容： )

最終学歴 小学校 中学校 高校 大学 大学院 専門学校

職歴( )

趣味( )

当クリニックをどちらでお知りになりましたか？

インターネット 看板 知人 通りがかり その他( )

※ご協力ありがとうございました。