

診察をお受けになる前に、次の各項目に記入をお願い致します。書けないところはそのまま結構です。

1. お困りのことは何ですか？症状や悩みなどをありのままにお書き下さい。

*それはいつ頃からですか？ ()

*そのことで医者にかかったことはありますか？いいえ・はい

() 病院 () 科 (年 月から 年 月まで)

() 病院 () 科 (年 月から 年 月まで)

*そのことで薬は ①飲んでいる ②飲んだことがある ③飲んだことはない

2. こちらにおいでになったいきさつは？

①自分からすすんで

② () にすすめられて

③その他 ()

*誰かと一緒に来ましたか？

①1人で来た

②(名前:) 本人との関係) と一緒に来た

3. 現在の健康状態

*体重について 変わらない・やせた・太った

*月経についておたずねします。

月経: 順調 不順 閉経した (才で)

最終月経日: 年 月 日から 日間

周期: 日型

月経痛: なし あり 鎮痛剤の使用: なし あり

*睡眠 良い・悪い (寝付けない・途中で覚める・早く覚めすぎる・

ぐっすり寝た気がしない・夢が多い・眠りすぎる)

*当てはまる症状に✓してください

便秘または下痢 便秘と下痢のくり返し のどのつまり感

頭痛・頭重感 首～肩のこり 腰痛

食欲がない 食べすぎる めまいがする

立ちくらみがする 胸がドキドキする 耳鳴りがする (右・左・両方)

何もする気がしない 朝起きるのがつらい 集中力が落ちた

ゆううつ 不安 訳もなく涙が出る

生きているのがいやだ みんなに迷惑をかけている イライラしやすい

何となく落ち着かない 自分のことがうわさされている 誰かに見られている感じ

姿が見えないのに話しかける声が聞こえる

*現在、治療中あるいは経過観察中の病気はありますか？

ない ある(病名:)

*現在、お飲みになっているお薬はありますか？(ビタミン剤や漢方薬なども含む)

ない・ある(西洋薬 サプリメント(ビタミン・ハーブ他) 漢方薬 健康食品)

4. 以前の健康状態
*生まれた時 <input type="checkbox"/> 安産・ <input type="checkbox"/> 難産・ <input type="checkbox"/> 早産・ <input type="checkbox"/> しばらく泣かなかった・ <input type="checkbox"/> わからない
*当てはまるものに✓してください
<input type="checkbox"/> けいれんを起こしたことがある <input type="checkbox"/> ひきつけをおこしたことがある
<input type="checkbox"/> 頭を強く打ったことがある <input type="checkbox"/> 意識を失ったことがある
<input type="checkbox"/> 性病にかかったことがある
*今までに病気、大きな手術、輸血の経験はありますか？
①病名(/ 才) 手術: <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
②病名(/ 才) 手術: <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
③病名(/ 才) 手術: <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
④病名(/ 才) 手術: <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
*現在までに性交の経験はございますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
*現在までに妊娠の経験はございますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 現在妊娠中
*現在までに、アレルギー(薬のアレルギーなど)がありましたか？
<input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある(年 月頃・症状:)
5. 性格は？
*当てはまるものに✓してください
<input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> 楽天的 <input type="checkbox"/> あっさり <input type="checkbox"/> 交際が広い <input type="checkbox"/> 礼儀正しい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 短気
<input type="checkbox"/> 整頓好き <input type="checkbox"/> あきやすい <input type="checkbox"/> 派手好き <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 負けず嫌い <input type="checkbox"/> 無口
<input type="checkbox"/> 気難しい <input type="checkbox"/> 愛想がない <input type="checkbox"/> 交際が狭い <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 仕事好き <input type="checkbox"/> 粘り強い
<input type="checkbox"/> 自信がない <input type="checkbox"/> 遠慮深い <input type="checkbox"/> おくびよう <input type="checkbox"/> 責任感が強い <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない
<input type="checkbox"/> 心配性 <input type="checkbox"/> くよくよしやすい
*信じている宗教は？①特になし ②仏教 ③神道 ④キリスト教 ⑤その他()
*趣味・いきがいは？ <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり(具体的に:)
6. 家族について
*兄弟は本人を含め()人 本人は()番目
*配偶者 年齢()歳 仕事()
*子ども ()人 年齢は？()
*家庭内に困ったことは？ <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> 少しある・ <input type="checkbox"/> 大いにある
*血縁のご家族に以下の病気の方はいらっしゃいますか？
<input type="checkbox"/> 1.高血圧 ・ <input type="checkbox"/> 2.糖尿病 ・ <input type="checkbox"/> 3.心筋梗塞 ・ <input type="checkbox"/> 4.脳卒中 ・ <input type="checkbox"/> 5.心臓病
<input type="checkbox"/> 6.がん ・ <input type="checkbox"/> 7.膠原病 ・ <input type="checkbox"/> 8.早発痴呆 ・ <input type="checkbox"/> 9.骨粗しょう症
<input type="checkbox"/> 10.精神疾患 ・ <input type="checkbox"/> 11.甲状腺疾患
7. その他
* 最後に通った学校 <input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 専門学校
その学校は <input type="checkbox"/> 卒業・ <input type="checkbox"/> 中退・ <input type="checkbox"/> 休学中・ <input type="checkbox"/> 在籍中
* 成績は 小学校: <input type="checkbox"/> 上・ <input type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 下・ <input type="checkbox"/> 劣
中学校: <input type="checkbox"/> 上・ <input type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 下・ <input type="checkbox"/> 劣
高校: <input type="checkbox"/> 上・ <input type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 下・ <input type="checkbox"/> 劣
* 転職 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり()回
* 現在は仕事や学業を <input type="checkbox"/> 休まずやっている・ <input type="checkbox"/> 時々休む・ <input type="checkbox"/> 休んでいる
* 職場・学校での悩み <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり()