お名前：

記入者：

記入日：　 年　　月 日

(１)ご相談になりたいことについて

* 1. 前回受診時から現在までの経過と症状、ご相談したい内容をご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

* 1. 前回の受診日以降、他の医療機関で診察を受けた方は、下にご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院・診療所名 | 通院時期 | 治療内容・検査 |
|   |  |  |
|  |  |  |

(２）健康面について教えてください。

* 1. 現在服薬中のお薬について　　（お薬手帳：　あり　・　なし　）
	2. 睡眠・食欲・便通・喫煙・飲酒状況を教えてください。(該当するものに○）

睡眠（平均　　時間）入床時刻（　　時）入眠時刻（　　時）起床時刻（　　時）

良い・寝付けない・途中覚醒・起床困難・日中の眠気・睡眠リズムが整わない

息が止まる・いびき・歯ぎしり・むずむず脚・脚がぴくぴくする・睡眠薬服用中

食欲（普通・ない・過食・嘔吐）最近体重変化（　　ヶ月で　　kg　減った・増えた）

便通（普通・便秘・下痢・便秘と下痢を繰り返す）　喫煙（しない・一日　 本）

飲酒（飲まない・時々・ほぼ毎日）（一日に　　　　　　　　　を　　　　ml程度）

* 1. 女性の方：月経（順調・不順・ない・閉経） 妊娠（可能性ある・ない・妊娠中）

裏面もご記入お願いいたします。

(３）家族構成に変化はありましたか？変化のあった人のみご記入ください。

（配偶者、両親、兄弟、お子さんについて教えてください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 年 齢 | 続 柄 | 職 業 | 同居の有無 | 関 係 性 |
|  |  |  |  | 同居・別 | 良・普通・悪 |
|  |  |  |  | 同居・別 | 良・普通・悪 |
|  |  |  |  | 同居・別 | 良・普通・悪 |
|  |  |  |  | 同居・別 | 良・普通・悪 |
|  |  |  |  | 同居・別 | 良・普通・悪 |
|  |  |  |  | 同居・別 | 良・普通・悪 |

1. 仕事、最終学歴について。変化のあった人のみご記入ください。

学生の場合は現在所属の学校についてご記入ください。

* 1. 現在の職業または直近の職業について、

職業（　　　　　　　 　　 ）　・雇用の形態：正社員/派遣社員/パート/その他

・勤続（　　　年目） ・転職経験：あり/なし ・退職年月日（　　　　年　　月）

* 1. 最終学歴（中卒・高卒・高校中退・大卒（短大・４年・６年・大学院）・専門学校

学生　学校名と学年（　　　　　　・　年生）・登校状況：登校/休みがち/不登校

＊その他気になる事、知っておいてほしい事があればご記入ください。

ご記入ありがとうございました。