

心療内科・精神科・睡眠外来 予診票

記入日：西暦 年 月 日

(ふりがな _____)

お名前 _____ 性別：□男 □女

身長： _____ cm 体重： _____ kg ご職業： _____

① 本日も相談されたい症状、発症時期・きっかけ、頻度・程度などを、記入して下さい。

[_____]

② 本日も相談されたい症状について、現在、治療を受けていますか？

□受けていない □受けている（医療機関名： _____）

□自分で対処している（内容： _____）

③ これまで心療内科・精神科・睡眠外来に通ったことはありますか？

• 病名（ _____ ） □現在治療中 □治療終了

• 病名（ _____ ） □現在治療中 □治療終了

• 病名（ _____ ） □現在治療中 □治療終了

④ 心療内科・精神科・睡眠障害以外の病気で、継続的な治療を受けたことはありますか？

• 病名（ _____ ） □現在治療中 □治療終了

• 病名（ _____ ） □現在治療中 □治療終了

• 病名（ _____ ） □現在治療中 □治療終了

⑤ お薬でアレルギーを起こしたことはありますか？

□ない □ある 薬剤名（ _____ ） 症状（ _____ ）

⑥ その他にアレルギーはありますか？

□ない □ある（ _____ ）

⑦ お酒は飲みますか？ □飲まない □週1回以下 □週2~4日 □週5~7日

種類 _____、1日量 _____ mL

⑧ タバコは吸いますか？ □吸わない □吸う（ _____ 本/日、喫煙歴 _____ 年）

⑨ カフェイン入り飲料（コーヒー、緑茶、紅茶、エナジードリンクなど）を飲みますか？

□飲まない □飲む（種類 _____、1日量 _____）

⑩ （女性の方へ）現在、妊娠していますか

□妊娠していない □妊娠中（ _____ 週） □不明