

初 診 時 間 診 票

1. 一番困っていることは何ですか。

「やる気が出ない」、「疲れやすい」、「寝付きが悪い」など具体的にお書きください。

2. 1の症状はいつ頃からありますか。

3. 1の症状で、すでに医療機関を受診されている場合は、通院先の病院名と現在、処方されているお薬の内容を教えてください。

(病院名) _____

(処方薬) _____

4. 現在、お仕事はされていますか。

1) 通常に勤務している

2) 休みがちだがなんとか勤務している

3) 休職もしくは長期療養中である

→いつまで休むことができますか。(年 月まで)

4) 就業していない(退職等も含む)

5. アレルギー(食物、薬物)はありますか。

(これまで、服用して具合が悪くなった薬物がある場合には、必ず記載してください)

6. 生活の状況について教えてください。

食欲

ある ・ 普通 ・ ない

睡眠

寝付きが悪い ・ 夜中に目が覚める ・ 早朝に目が覚める ・ よく眠れる

飲酒

好んで飲酒する ・ 付き合い程度に飲酒する ・ 全く飲酒しない

飲酒頻度 ()日/週

1回の飲酒量 ビール()本 ・ 酒()合 ・ その他()

喫煙

する(本/日) ・ していたが今はやめた ・ しない