

氏名

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) 終業していない (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

飲酒程度 () 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