



ふりがな 氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢 才
性別 女・男		
住所 〒		
電話番号		
職業	職業（学年）	勤務先（学校名）

お困りの症状

- 不安 気分の落ち込み 寝つけない 朝早く目が覚めてしまう 食欲低下
イライラ 涙もろい 疲れやすい やる気が起きない のどが詰まる感じ
息苦しい ドキドキする 物事に集中できない 自信が持てない
生理前の落ち込みやイライラ（女性の方） 気圧（天気）の変化に伴う頭痛
その他

それはいつ頃からですか

[]

精神科・心療内科を受診したことがありますか

- いいえ はい 時期：

医療機関名：

現在治療中または過去にかかった病気やけがはありますか

- いいえ はい 内容：

例) 糖尿病、高血圧、骨折など

現在服用中のお薬はありますか

- いいえ はい 内容：

食べ物やお薬のアレルギーはありますか

- いいえ はい 内容：