

北広島ねむりとこころのクリニック 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 本日までご相談されたい症状、発症時期・きっかけ、頻度・程度などを、記入して下さい。

[_____]

② 本日までご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