

B01

記入日 2023年11月8日

ふりがな お名前	陳 麗生 (男・女)	生年月日	大正 / 昭和 / 平成 41 年 4 月 26 日 (57 歳)
ご住所 〒	2857 Marsh St, Los Angeles CA 90039 U.S.A ※クリニック名を表記した郵送が不可の場合、右のカッコにチェック✓をお願いします。【 】		
どうやってお越しになりましたか？ ☐ バス ☐ 電車 ☐ 自家用車・バイク ☐ タクシー ☐ 徒歩 ☐ その他()			
TEL	()	FAX	() E-mail
クリニックの名前を出してお電話しても構いませんか (はい・いいえ)			leiseichen@me.com
携帯TEL	050 (336) 6161	【本人・その他】	携帯mail
勤務先名		勤務先TEL	()

●ここは何でお知りになりましたか？

- ☒ホームページ(☐クリニックHP、☐YouTube) ☐スマホサイト ☐書籍
☐知人、家族に聞いて() ☐電子書籍(有料・無料) ☐他院の紹介(医療機関名:)
☐心の学校グループ(IGA YS MP) ☐看板 ☐役場、保険所など ☐その他()

＜下記の該当するところにご記入くださいませ＞

●現在困っていることは何ですか。ご自分にあてはまるところに○をつけてください。

- | | | | |
|--------------|--------------------|-----------------|-------------------------|
| 1. 頭痛 | 1. 眠れない | 1. 気が重く沈む | 1. 何となく周囲が変わった感じがする |
| 2. 吐き気 | 2. いらいらする | 2. もの悲しくなる | 2. 他人が変な目で見える |
| 3. めまい | 3. なんとなく不安 | 3. 何もする気がしない | 3. 他人に陰口を言われる |
| 4. 耳鳴り | 4. 考えがまとまらない | 4. 無口になった | 4. 実際にはないものが見えたり聞こえたりする |
| 5. ひきつけ | 5. 胸がドキドキする | 5. 死にたくなる | |
| 6. 失神 | 6. 肩こり | 6. 食欲・性欲がない | |
| 7. 手の震え | 7. 頭が重い | 7. だるい、疲れやすい | 5. 人を避け自室に閉じこもる |
| 8. ろれつがまわらない | 8. 他人の視線が気になる | 8. 活動しすぎるようになった | 6. つじつまの合わない言動をする |
| 9. 物忘れ | 9. 繰り返し確かめないと不安 | | |
| | 10. 何事もいきいきと感じられない | | |
| | 11. お酒がやめられない | | |

その他、ご自由にお書きください 1ヶ月のテスト中にシークになる。1ヶ月間の場合
"月には"とか"月には"が内を兼ねる。大抵ある。感情の起るにすぎない

●それはいつ頃からですか？

1991 年 6 月から (または 95 歳頃)

***** 診察の場合は、以下もご記入ください *****

●今まで精神科・心療内科等の治療を受けたことはありますか？

- ☐ ある ☐ ない

①____年__月~____年__月 _____病院 (入院・通院) 病名_____

②____年__月~____年__月 _____病院 (入院・通院) 病名_____

③____年__月~____年__月 _____病院 (入院・通院) 病名_____

●ご利用中の制度に○をつけてください

精神障害者手帳 ・ 障害年金 ・ 自立支援医療

裏面もご記入ください⇒

●精神科・心療内科の薬を服用したことがありますか？

☒ ある ☐ ない

⇒ある場合、わかる範囲でお答えください。

効果があった薬 10mg シルベスタット

効果がなかった薬 1/4mg

副作用が出て合わなかった薬 1/4mg

その他 _____

●これまでに試された治療法、健康法、哲学、宗教、精神療法、などありましたら教えてください

治療法など: _____

●ご本人の元来の性格について

☒真面目 ☒几帳面 ☒責任感が強い ☐心配性 ☐神経質 ☐潔癖性 ☐完璧癖
☐意志が弱い ☒円満 ☒交際好き ☒世話好き ☐おおげさ ☐短期 ☐わがまま
☐無口 ☐内気 ☐孤独 ☐冷たい ☐粗暴 ☒粘り強い ☐くどい ☒熱中しやすい

●生活と家族のことについて教えてください

出生地: 千葉 都道府県 千葉 市郡

最終学歴: 大 卒・在学中・中退 現在の職業: 音楽家・アーティスト

きょうだい: ☒いる(兄 2 人、弟 _____ 人、姉 _____ 人、妹 _____ 人) ☐いない

婚姻: ☐未婚 ☐既婚 ☐離婚 ☒死別 ☐再婚(_____ 回目) *子供 ☐いる(_____ 人) ☐いない

●現在休職中の方

_____ 年 _____ 月より休職中 病名 _____

健康保険組合からの傷病手当金の受け取り ☐あり ☐なし

会社の休職の最終期限はいつまでですか? _____ 年 _____ 月まで

●一日の生活について

起床時刻: 11am 就寝時刻: 1am 食事回数: 2 回

仕事: _____ 時から _____ 時まで

※交代制の勤務の場合は具体的に記入してください

●女性の方のみ、現在妊娠していますか？

☐はい(第 _____ 週) ☒いいえ ☐不明

●緊急連絡先(ご実家・勤務先・ご友人等)

ふりがな お名前	<u>和田 百子</u>	都道府県	<u>奈良</u>	間柄	☐ 自宅 ☐ 職場 ☐ 帰省先 ☒ 友人 ☐ その他(_____)
ご住所	<u>〒663-8175 奈良県西宮市甲子園五番町10-14</u>				
連絡先		<u>090 (9091) 9983</u>			

※この緊急時連絡先は、ご本人に連絡がつかない場合や、緊急時にご本人以外に連絡を取る必要が生じた場合などに使用させていただきますので、できるだけご記入ください。

※未成年の方は必ずご記入ください。

※ご本人以外への連絡をご希望されない場合は、下に○をつけてください。

ご記入ありがとうございました。

ご本人以外への連絡は希望しない【 ☐ 】