



⑧日頃、車の運転をしますか。

はい 時々 いいえ

⑨薬のアレルギーや副作用の経験はありますか。

いいえ はい→(薬品名\_\_\_\_\_症状\_\_\_\_\_) (薬品名\_\_\_\_\_症状\_\_\_\_\_)

⑩食べ物のアレルギーはありますか。

いいえ はい→ 食べ物の名前 (\_\_\_\_\_)

⑪お酒は飲みますか。

飲まない 飲む (週 \_\_\_\_\_回 もしくは 月に\_\_\_\_\_回 もしくは 年に\_\_\_\_\_回 程度)

⑫1回あたりに飲むお酒の種類と量はどれくらいですか。

お酒の種類\_\_\_\_\_量\_\_\_\_\_、

⑬煙草は吸いますか。

いいえ→ (全く吸ったことがない、ほとんど吸ったことがない、しばらく吸っていたがやめた)

はい → ときどき吸う 本数: 1か月に\_\_\_\_日、 1日あたり\_\_\_\_本、 \_\_\_\_歳から \_\_\_\_年間  
毎日習慣的に吸う 本数: 1日に\_\_\_\_本、 \_\_\_\_歳から \_\_\_\_年間

⑭食欲はどうですか。 ( よい ふつう よくない ほとんど食べられない )

⑮睡眠は十分にとれますか。

いいえ → ( 寝つきが悪い 夜間何度も目が覚める 朝早く目が覚める )

はい

⑯生まれはどこですか。 (\_\_\_\_\_)

⑰兄弟姉妹は何人いますか。上から何番目になりますか。 兄弟姉妹(自分も含めて)\_\_\_\_人、 上から\_\_\_\_番目

⑱最終学歴を記入してください(\_\_\_\_\_ ( 卒 ・ 中退 ・ 在学中 )

⑲結婚はしていますか。

未婚 既婚(恋愛結婚・見合い結婚、\_\_\_\_歳) 離婚 死別 再婚

⑳同居者はいますか。

ひとり暮らし

同居者あり → (\_\_\_\_\_)

㉑ご家族に心療内科や精神科に現在もしくは過去にかかったことがある方はいますか。

いない いる (どなたが:\_\_\_\_\_どのような病気で:\_\_\_\_\_)

㉒現在の職業を記入してください。 令和・平成・昭和\_\_\_\_年\_\_\_\_月から職業(\_\_\_\_\_)

㉓女性の方にお伺いします。

現在妊娠またはその可能性がありますか。

はい( \_\_\_\_ヶ月) いいえ わからない

現在授乳中ですか。

はい いいえ

以上です。ありがとうございました。