

ようこそ せんだい G&A クリニックへ

当院は、グリーンカウンセリングとアディクション（嗜癖、依存症）に特化したクリニックです。

適切に診療を行なうため、以下の質問にお答えください。
全部で4ページありますので、ゆっくりお答えください。

※代筆の場合、記入される方のお名前

(続柄：)

ふりがな お名前		性別 男・女・[]
生年月日	西暦 昭和・平成 年 月 日	年齢 才
ご住所	ふりがな 〒	
電話番号	自宅： [連絡の優先順位：] 携帯： [連絡の優先順位：] ※せんだい GA クリニック名を名乗ること： 可 ・ 否	
職業 勤務先・学校名		
緊急連絡先 (ご本人様以外)	名前： (続柄：) 電話：	

身体のこと	アレルギーがありますか？ (いずれかに○をご記入ください) なし あり [ご記入ください：]
	薬で副作用が出たことありますか？ (いずれかに○をご記入ください) なし あり [ご記入ください：]
	女性の方のみ 妊娠中、授乳中、更年期、月経周期の問題などあればご記入ください：

適切に診療を行うため、以下の質問にお答えください。
全部で4ページありますので、ゆっくりお答えください。
書き方などがご不明の際は、スタッフにお尋ねください。

1) 来院の理由について

以下の該当する記号 (G、A、M) のいずれかに○をつけてください。

G：グリーフカウセリング

誰 (何) を	いつ	どのように	喪失した
---------	----	-------	------

※グリーフは喪失に対する反応で、悲しい、寂しい、辛い、後悔や自責の念、怒りなどの様々な感情や体調不良が含まれます。

A：アディクション（嗜癖・依存症）の治療や予防

あなたが困っているものにチェックを付けてください

(複数回答可—特に困っているものに◎)

物質	<input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 覚せい剤 <input type="checkbox"/> シンナー <input type="checkbox"/> 処方薬物 () <input type="checkbox"/> 市販薬物 () <input type="checkbox"/> その他 ()
行動	<input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 摂食 <input type="checkbox"/> 痴漢 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> ギャンブル () <input type="checkbox"/> ゲーム () <input type="checkbox"/> その他 ()
人間関係	<input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 恋愛 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> セックス <input type="checkbox"/> その他 ()

※アディクションは、使用のコントロールが困難になっているのが主な症状で、物質嗜癖、行動嗜癖、人間関係嗜癖があります。

M：その他

ご記入ください：

※診断書、セカンドオピニオンなど

2) お困りごとについて

当クリニックで相談したい主なお困りごとをご記入ください

1		年 月頃から
2		年 月頃から
3		年 月頃から

3) 精神科や心療内科を受診や相談歴について

これまで精神科・心療内科に受診したり、相談機関などを利用したことがありますか？

ある ・ ない (いずれかに○をご記入ください)

あるに○をつけた場合、以下に主な受診・相談先を5つご記入ください。

1.	年 月頃
2.	年 月頃
3.	年 月頃
4.	年 月頃
5.	年 月頃

4) 体の病気、ケガについて

これまで体の病気やケガなどがありますか？

ある ・ ない (いずれかに○をご記入ください)

あるに○をつけた方は、以下に主なものを5つまでご記入ください

病気やケガの内容・受診医療機関	いつから	現在の状況
1	年 月頃	治療中・経過観察中・その他
2		治療中・経過観察中・その他
3		治療中・経過観察中・その他
4		治療中・経過観察中・その他
5		治療中・経過観察中・その他

※高脂血症・高血圧・緑内障・前立腺肥大症・糖尿病・気管支喘息・過去に肝炎など

5) ご家族について

お名前	年齢	続柄	同居・別居	職業	その他
	才		同居・別居		
	才		同居・別居		
	才		同居・別居		
	才		同居・別居		
	才		同居・別居		
	才		同居・別居		
	才		同居・別居		
	才		同居・別居		

7) よろしければ、ご自身の以下のことにもお答え下さい。

出生地	育ったところ	最終学歴	主な職歴

8) 現在の生活で、困っていることや問題について

該当するものにチェックしてください。

仕事 家族関係 人間関係 その他 [ご記入ください:]

内容をご記入ください(お答えできる範囲で構いません):

9) アルコールの飲み方について

アルコールの飲み方についてお伺いします (Core AUDIT)

①	あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか？ (1) 全く飲まない (2) 1ヶ月に1度以下 1ヶ月に2～4度 (3) 週に2～3度 (4) 1週に4度以上
②	飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？ (1) 1～2ドリンク (2) 3～4ドリンク (3) 5～6ドリンク (4) 7～9ドリンク (5) 10ドリンク以上
③	1度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？ (1) ない (2) 1ヶ月に1度未満 (3) 1ヶ月に1度 (4) 1週に1度 (5) 毎日あるいはほとんど毎日

※純アルコール量 = 「酒の量」 × アルコール% × 0.8

10) その他

事前に医師に伝えたいことや、治療についての希望などがあれば、教えてください

11) 当院をどのようにして、お知りになりましたか？

いずれかにチェックをつけてください

インターネット 他院からの紹介 [ご記入ください:]
 家族のすすめ 知人の紹介 職場や学校の紹介
 看板 その他 [ご記入ください:]

多くの質問にお答えいただき、ご協力、どうも有難うございました。