

今日の診察で伝えたいこと

氏名（ ） 日付（ . . ）

伝えたい項目	メモ (いつから・どのくらいの期間・どの程度なのか 等)
1) 生活リズムに関して	
<input type="checkbox"/> 起床時間、就寝時間	
<input type="checkbox"/> 寝つきが良いか悪いか	
<input type="checkbox"/> 睡眠の途中で目覚めてしまうことはあるか	
<input type="checkbox"/> 目覚めの状態、気分	
<input type="checkbox"/> 日中どんな活動をしているか	
2) 食欲について	
<input type="checkbox"/> 食事はとれているか	
<input type="checkbox"/> 食事をおいしく感じられているか	
<input type="checkbox"/> 具体的な食事の内容	
3) 身体の調子について	
<input type="checkbox"/> 身体のだるさはあるか	
<input type="checkbox"/> 痛みなどの症状はあるか (頭痛 胃痛 吐き気 肩こり 背中痛み めまいなど)	
4) 心の調子について	
<input type="checkbox"/> 「不安」「焦り」などのネガティブな気持ちがあるか	
<input type="checkbox"/> 「死にたい」「消えてしまいたい」などの気持ちがあるか	
その他伝えたいこと	
例) 職場での調子 (気持ちの変化)、再就職・復職のタイミングなど会社と調整していること	