

ご記入日： 年 月 日 記入された方： ☐ ご本人 ☐ ご家族（続柄： ） ☐ その他（ ）

ふりがな		生年月日（西暦） 年 月 日（ 歳）
お名前		

これまでの精神科での入院： ☐ なし ☐ あり（ 回 / 最後の入院： 年頃）

お薬の名前	1 回の量・回数	いつ頃から	効果の実感	気になる副作用
(記入例) エビリファイ錠 6mg	1 回 1 錠・1 日 1 回 (朝)	2022 年頃	■ まあまああり	眠気
			☐ とてもあり ☐ まあまああり ☐ 少しあり ☐ ほとんどなし ☐ まったくなし ☐ 不明	
			☐ とてもあり ☐ まあまああり ☐ 少しあり ☐ ほとんどなし ☐ まったくなし ☐ 不明	
			☐ とてもあり ☐ まあまああり ☐ 少しあり ☐ ほとんどなし ☐ まったくなし ☐ 不明	
			☐ とてもあり ☐ まあまああり ☐ 少しあり ☐ ほとんどなし ☐ まったくなし ☐ 不明	
			☐ とてもあり ☐ まあまああり ☐ 少しあり ☐ ほとんどなし ☐ まったくなし ☐ 不明	
			☐ とてもあり ☐ まあまああり ☐ 少しあり ☐ ほとんどなし ☐ まったくなし ☐ 不明	
			☐ とてもあり ☐ まあまああり ☐ 少しあり ☐ ほとんどなし ☐ まったくなし ☐ 不明	
			☐ とてもあり ☐ まあまああり ☐ 少しあり ☐ ほとんどなし ☐ まったくなし ☐ 不明	
			☐ とてもあり ☐ まあまああり ☐ 少しあり ☐ ほとんどなし ☐ まったくなし ☐ 不明	
			☐ とてもあり ☐ まあまああり ☐ 少しあり ☐ ほとんどなし ☐ まったくなし ☐ 不明	

3. これまでに使用したことのある精神科のお薬

以前に使っていて、現在は使っていない精神科のお薬について、思い出せる範囲でご記入ください。

お薬の名前	使っていた時期	最大の量 (わかれば)	効果	やめた理由
(記入例) リスパダール	2018 年頃～約 2 年	1 日 4mg	■ 少しあり	手のふるえが出たため、医師と相談して変更
			☐ とてもあり ☐ まあまああり ☐ 少しあり ☐ ほとんどなし ☐ まったくなし ☐ 不明	
			☐ とてもあり ☐ まあまああり ☐ 少しあり ☐ ほとんどなし ☐ まったくなし ☐ 不明	
			☐ とてもあり ☐ まあまああり ☐ 少しあり ☐ ほとんどなし ☐ まったくなし ☐ 不明	
			☐ とてもあり ☐ まあまああり ☐ 少しあり ☐ ほとんどなし ☐ まったくなし ☐ 不明	
			☐ とてもあり ☐ まあまああり ☐ 少しあり ☐ ほとんどなし ☐ まったくなし ☐ 不明	
			☐ とてもあり ☐ まあまああり ☐ 少しあり ☐ ほとんどなし ☐ まったくなし ☐ 不明	
			☐ とてもあり ☐ まあまああり ☐ 少しあり ☐ ほとんどなし ☐ まったくなし ☐ 不明	
			☐ とてもあり ☐ まあまああり ☐ 少しあり ☐ ほとんどなし ☐ まったくなし ☐ 不明	
			☐ とてもあり ☐ まあまああり ☐ 少しあり ☐ ほとんどなし ☐ まったくなし ☐ 不明	

4. お薬の服用の状況

飲み忘れ：☐ ほとんどない ☐ 週に 1 回くらい ☐ 週に 2～3 回 ☐ ほぼ毎日

飲み忘れたときの調子：☐ 特に変わらない ☐ 悪くなることがある ☐ 良くなることがある ☐ わからない

ご自身の判断で、お薬をやめた・減らしたこと：☐ ない ☐ ある（いつ頃・調子の変化： ）

5. 現在のお困りごと（あてはまるものすべてに ✓）

- ☐ お薬の種類や数が多い ☐ 効果が十分でない ☐ 副作用がづらい（内容： ）
☐ 飲み忘れが多い ☐ 長く続けることによる体への負担が心配 ☐ どのお薬が中心で、どれを減らせるのか知りたい
☐ その他（ ）

6. この外来へのご希望（あてはまるものすべてに ✓）

- ☐ お薬を減らしたい ☐ お薬をやめられるか相談したい ☐ 効果を高めたい（増量や変更も含めて）
☐ 別のお薬への変更を相談したい ☐ 今のお薬が最適かどうか確認したい ☐ 決めていない（相談して決めたい）
 入院してお薬の調整について：☐ 外来での調整を希望 ☐ 入院も検討したい ☐ わからない・相談したい
 ご相談したいこと・ご心配なこと（自由にお書きください）：