

はじめて受診される方へ

患者ID

記入年月日 平成 年 月 日

フリガナ		性別	男	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	歳
氏名			女				
住所	〒 _____ 電話 (_____)						

下記項目にお答えください。

1. どのようなことでお困りですか？ _____

2. それはいつ頃からですか？ _____年____月頃 (あるいは____歳頃)

3. 今までに他の(心療内科/精神科)医療機関に行かれたことはありますか？

いいえ はい → _____年____月頃 (あるいは____歳頃)

施設名 _____ 担当医師 _____先生

4. 今までにかかった主な病気やケガはありますか？

いいえ はい → _____歳頃 病名_____

5. 現在常用しているおくすりはありますか？

いいえ はい → 薬剤名_____

6. くすりや注射でアレルギー反応を起こしたことがありますか？

いいえ はい → _____

7. 違法な薬物を使用したことはありますか？

いいえ はい → 薬剤名_____

★裏に続きます★

8. お酒・タバコは飲まれますか？

お酒：□いいえ □はい

→頻度（毎日・週 回・時々）種類・量 _____

タバコ：□いいえ □はい →1日_____本 □禁煙した →_____年前

9. ご家族・あなた自身のことについてお聞きします。

・兄弟・姉妹 _____人中 _____番目

同居している家族 _____ 例：母（60歳）弟（20歳）

・あなたの家族・親戚で心療内科／精神科にかかっている方はいますか？

□いいえ □はい → どなた_____病名_____

・あなたは出生時や発育時に異常を指摘されたことはありますか？

□いいえ □はい → _____

・あなたの学歴（中・高・専門学校・短大・大学）

_____（卒・中退）

・あなたの今までの職歴 _____

・あなたの性格 _____

10. 当院をどのようにお知りになりましたか？

他の医療機関からの紹介・知人の紹介・ホームページ・駅の看板・道路の看板
・その他（ _____ ）

ありがとうございました

★ご記入いただいた個人情報は、当院での診療行為に関してのみ使用します★