

はじめて受診される方へ

患者ID \_\_\_\_\_ 記入年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ		性別	男	生年	明・大・昭・平	年齢	
氏名			女	月日	年月日		歳
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★