

- ★ ご予約時にお聞きした内容と重複することもあります。記入のご協力をお願いします。
 ★ 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。

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	男性	住所	〒
お名前			女性 その他		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		歳	連絡先	(自宅) - - (携帯) - -

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 または _____歳頃

3. 今までに他の心療内科・精神科にかかったことはありますか？

いいえ はい

病名 _____年 _____月頃 または _____歳頃

医療機関名 _____ 通院期間 _____年 _____ヶ月程度

4. 今までに大きい病気やケガをしたことはありますか？ 現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい

病名 _____年 _____月頃 または _____歳頃

医療機関名 _____ 治療期間 _____年 _____ヶ月程度

病名 _____年 _____月頃 または _____歳頃

医療機関名 _____ 治療期間 _____年 _____ヶ月程度

5. 現在服用しているお薬はありますか？

いいえ はい

本日お薬手帳はお持ちですか？ いいえ はい

お薬手帳のない方は、分かる範囲で薬名を記入してください

[]

6. 飲み薬や注射でアレルギー反応を起こしたことはありますか？

いいえ はい

7. 飲酒や喫煙習慣はありますか？

お酒 いいえ はい
頻度 (毎日 ・ 週 回 ・ 時々)
種類・量 _____
(例 ; 缶ビール350cc、日本酒1合)

タバコ いいえ はい (1日 _____ 本) 禁煙した _____ 年前

8. 違法薬物を使用したことがありますか？

いいえ はい 薬物の種類 _____

9. あなたやあなたのご家族のことについてお聞きします。

* 兄弟・姉妹 _____ 人中 _____ 番目

* 結婚歴 なし あり _____ 才 離婚歴 なし あり _____ 才

* 同居家族 _____ 例 ; 母(60才)、弟(20才)

* ご家族やご親戚で、心療内科・精神科にかかったことがある方はいますか？

いいえ はい (続柄 _____、病名 _____)

* あなた自身が、出生時や乳幼児健診で先天性疾患や発達の遅れを指摘をされたことがありますか？

いいえ はい _____

* あなたの学歴 (中・高・専門学校・短大・大学・大学院)

在学中 (_____ 年生) 卒業 中退 (_____ 年時)

* あなたの職歴をできるだけ詳しく教えてください。

例 ; コンビニアルバイト1年、パート事務2年 など

* あなたはもともと、どんな性格だと思いますか？

明るい ・ おおらか ・ 短気 ・ 真面目 ・ 神経質 ・ 社交的 ・ 消極的 ・ 依存的

その他 _____

* 本日の受診に同伴されている方はいますか？

いいえ はい (続柄 _____、お名前 _____)

(続柄 _____、お名前 _____)

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 _____