

- ★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。
- ★マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、質の高い医療を提供できるように努めます。そのためマイナンバーカードのご提示にご協力お願い致します。

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\_\_\_\_\_カ月程度

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\_\_\_\_\_カ月程度

病名 \_\_\_\_\_ 年\_\_\_\_\_月頃 または \_\_\_\_\_ 歳頃

医療機関名 \_\_\_\_\_ 治療期間\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_カ月程度

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、わ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

[ ]

☆裏面もあります

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\_\_\_\_\_歳 離婚歴  なし  あり\_\_\_\_\_歳

\* 同居家族 \_\_\_\_\_ 例：母(60歳)、弟(20歳)

\* 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 ( )