

初めて受診される方へ

受診日 令和 年 月 日

フリガナ
受診者氏名 _____
生年月日 _____ 年 月 日
記入者氏名 _____

郵便番号 _____
住 所 _____
電話番号(携帯電話可) _____

診察を始める前に、次の質問をさせていただきますが、差し支えない範囲でご記入下さい。
内容に関しては秘密を厳守いたします。

1. 今日はどなたと来院されましたか。()
2. あなたが今日受診された理由（お悩みになっていること）を簡単にお書きください。

-
-
3. それはいつ頃からでしょうか。(年 月頃から)
 4. 今日までに精神科を受診されたことはありますか。 はい(病院名)・いいえ
 5. この病院をどなたかに紹介されましたか。はい(紹介状：有・無 病院名)・いいえ
 6. 今までに病気・ケガ手術などありますか。はい()・いいえ
 7. 今までに入院の経験はありますか。 はい(病院名)・いいえ
 8. 現在通院中の病気はありますか。 はい(病院名)・いいえ
 9. 現在服用している薬はありますか。 はい(薬品名)・いいえ
 10. 夜よく眠れますか。 はい・いいえ⇒①寝つきが悪い ②途中で目が覚める
③熟睡感がない ④朝早く目覚める ⑤その他
 11. 食欲はありますか。 はい・いいえ⇒①全く食べられない ②食欲はないが食べる
 12. 便通はありますか。 はい・いいえ⇒(いつ頃から)
 13. お酒は飲まれますか。 はい⇒(・種類 ・量 ・頻度)・いいえ
 14. たばこを吸われますか。 はい⇒(本/日× 年)・いいえ
 15. アレルギー体質だといわれたことはありますか。 はい()・いいえ
 16. 家族構成についておたずねいたします。

- ① 結婚について 未婚・既婚 ⇒(・初婚__歳 ・離婚__歳 ・再婚__歳)
- ② 配偶者について あり ⇒(健康・病気・死亡())・なし
- ③ お子様について あり ⇒(人)
- ④ ご両親について 父親__歳(健康・病気・死亡)
母親__歳(健康・病気・死亡)
- ⑤ ご兄弟について
ご兄弟 あり(人)(健康・病気()・死亡())
ご姉妹 あり(人)(健康・病気()・死亡())
- ⑥ 最終学歴について
中学校・高校・専門学校・短大・大学(学校名)

17. 連絡について

必要時、上記のご連絡先にクリニックから連絡させていただく場合がありますが、差し支えなければ
ご記入ください。(連絡： 要 ・ 不要)