

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・女	生年月日	明・大・昭・平	年齢	
氏名				年 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 (精神科/心療内科) 医療機関に行かれたことはありますか？
いいえ はい (_____)歳
 施設名:(_____) 担当者:(_____)先生

4. 今までにかかった主な病気やケガはありますか？
 (_____)歳 病名:(_____)

5. 現在、常用している薬はありますか？
いいえ はい (薬剤名: _____)

6. 薬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. お酒を飲まれますか？
いいえ はい (頻度【 毎日 ・ 週 回 ・ 時々 】)

8. タバコは吸われますか？
いいえ はい (1日 _____本程度) 禁煙した

9. ご家族・あなた自身のことについてお聞きします。
 * 現在同居している家族構成と年齢 例：母 (60歳) 弟 (20歳)
 (_____)
 * あなたの学歴 (中学校卒・高校卒・専門学校卒・短大卒・大学卒・大学以上)
 * あなたの今までの職歴 (_____)
 * あなたの性格 (_____)

10. 当院を知ったきっかけはなんですか？
 他の医療機関からの紹介 ・ 知人の紹介 ・ ホームページ ・ タウンページ
 看板 ・ その他 (_____)

★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★