

初めて受診されます方に、お手数ですが、記入をお願いします

ふりがな

お名前 _____ 生年月日、大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒

ご住所 _____

電話番号 自宅 _____ 携帯 _____

クリニック名を出しても良い連絡先は(ご自宅、携帯、その他)

付き添いの方(母、父、その他・具体的に _____)

ふりがな

お名前 _____ 生年月日、大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒

ご住所 _____

電話番号 自宅 _____ 携帯 _____ ご職業 _____

1) 今日お越しになったのは

ご本人の希望、ご家族のすすめ、知人のすすめ、他院の紹介、その他(_____)
(_____ 医院)

2) 主な症状は(いくつ○をつけても結構です)

なかなか寝付けない、何度も目が覚める、早くに目が覚める、ゆううつ、イライラ、疲れやすい、仕事が手につかない、決められない、学校(仕事)に行けない、過食、拒食、息苦しさ、不安で仕方がない、手足のしびれ、同じ行動を繰り返す、あがり症、よく話す、ちぐはぐな行動をする、物忘れ、肝臓が悪い、お酒をよく飲む、不適切な薬物の使用

3) 今日はどうなご相談ですか? お困りのことは何ですか?

_____ 年 _____ 月ごろから

4)そのために医院や病院を受診されたことは

医院・病院名 _____ 診断名 _____

時期 ____年 ____月頃、お薬の内容 _____

5)現在までにかかった大きな病気(心臓病、肝臓病、高血圧、脳卒中、糖尿、胃潰瘍、緑内障、結核、癌など)は、

6)今、治療中の病気は(飲んでおられるお薬は)

7)アレルギー(食べ物、お薬)はありますか

あり(食品名、薬品名 _____)、なし

8)お酒、お酒(お酒の種類 _____)を酒量(_____/日)、以前は飲んでいた、なし
たばこ、一日に(____本/日)、以前は吸っていた、なし

9)体重 _____ Kg、身長 _____ cm、やせた、太った、変わらない

10)現在、どなたと同居されていますか

未婚、一人暮らし、親と同居

既婚(配偶者は健在、別居、離婚、死別、その他、子供 ____人)、その他

11)女性の方に、妊娠されていますか

はい・その可能性がある、その可能性はない

12) ご職業

就労中、休職中、退職

勤務先(学校名) _____

13)次のものを見られましたか? ホームページ、ビルガラス告知、駅広告

14)その他に何かご相談は? _____