

記入

ふりがな	
お名前	性別(男・女)
生年月日	大正/昭和/平成 年 月 日 年齢()歳
住所	〒
電話	ご自宅: 携帯電話:

記入者が本人以外の場合 記入者名 (ご本人との関係:)

現在、どのような症状でお困りですか？

いつ頃から？どのような症状があるか？考えられる原因やきっかけは？など

現在のお体の状態、生活習慣についてお聞きします

- 身長: _____cm 体重: _____ kg
- 最近体重の増減はありましたか？ 無・有(期間: 約__ヶ月で__kg増加・減少)
- 睡眠: 不眠 あり・なし 通常は 就寝時刻(__:__)~起床時刻(__:__)
- 便秘: 問題ない・下痢・便秘・便秘や下痢を繰り返す
- 飲酒: 飲まない・機会があれば飲む・ほぼ毎日飲む(1日あたり__を__本くらい)
- 喫煙: 吸わない・吸う(1日あたり__本くらい)
- 女性の方は: 月経(規則的・不規則・閉経)/妊娠の可能(有・無)/授乳(有・無)

家族構成

両親はご健在ですか？ :はい・いいえ 兄弟姉妹 :なし・あり(__ 人中 __ 番目)

結婚歴:未婚・既婚・離婚

子供:なし・あり(__ 人 お子様の年齢 __)

現在の同居中の方(__ 計 __ 人)

※血縁のご家族で心療内科・精神科・神経科などを受診されたことがある方はおられますか？

なし・あり(ご関係: __ 病名: __)

生育歴

主な生育地:(__ , __)

最終学歴:中学・高校・大学・大学院・専門学校・その他(卒業・中退・通学中・その他)

学校名: __ :学科 __

職歴

現在の職業(__) 転職経験:無・有(__ 回)

今まで精神科・心療内科での治療を受けたことがありますか？ ある・ない

あるとお答えになった方

時期: __ 年 __ 月 ~ __ 年 __ 月頃 医療機関名: (__) (外来・入院)

時期: __ 年 __ 月 ~ __ 年 __ 月頃 医療機関名: (__) (外来・入院)

現在治療中のご病気について

高血圧 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 ・ 緑内障 ・ 肝障害 ・ バセドウ病

食物、薬などのアレルギーはありますか？ 有・無

(具体的に __)

診療に関してご希望、ご質問等ございましたらお書きください。

当クリニックを何でお知りになりましたか？よろしければご協力ください。

・ホームページ(検索ワード: __)

・看板 ・知人の紹介 ・病院の紹介 ・その他(__)

～ご協力ありがとうございました。～