

*ご本人がご記入困難な場合、保護者および付添いの方がご記入ください。

| | | | |
|-----------|------------------------------|-----------|----------|
| [氏名 ふりがな] | [生年月日] 大 昭 平 様 年 月 日 歳 | [保護者・付添人] | [患者との関係] |
| [住所] 〒 ー | [電話・携帯] | | |

- ① 当院におこしになった理由をお書き下さい。箇条書きで結構です。
 (例)眠れない、イライラする、ゆううつになる、頭が痛い、物忘れが多くなった、ささいなことが気になってしょうがない
 (例)風邪気味、下痢気味、胃がムカムカする、呼吸が苦しくなるときがある、なんとなく具合が悪い … など
- ② いつごろからそうになりましたか？
- ③ このことで、どこか病院などで診てもらいましたか？
 はい (病院名:) いつ頃:)・いいえ
 現在も通院中ですか？
 はい・いいえ
 現在通っている病院のお薬を飲んでいますか？
 はい (薬の内容:)・いいえ
- ④ いままでに入院するような大きな病気(または交通事故)にかかったことがありますか？
 はい (病名は:) いつ頃:)・いいえ
- ⑤ 糖尿病・高血圧・高脂血症を指摘されたことがありますか？
 はい (↑○で囲んでください)・いいえ
- ⑥ 食べ物、薬、注射などで気分が悪くなったり、身体に異常がでたことがありますか？
 はい (具体的に)・いいえ
- ⑦ 生活習慣についておたずねします。
 A)よく眠れますか？
 はい・いいえ 睡眠時間は()時間くらい 夜中に目が覚める はい・いいえ
 B)食欲はありますか？
 はい・いいえ (あまりない・拒食・過食)
 C)便通は良好ですか？
 はい (ほぼ毎日・日に 回)・いいえ (便秘がち・下痢ぎみ)
 D)アルコールは飲みますか？
 はい (ビール ml、酒 合、焼酎 ml)を(時々、週に2、3日、ほぼ毎日)・いいえ
 E)たばこを吸いますか？
 はい (1日 本を 年間)・いいえ
 F)月経の状態は？ 順調・不順 ()
 G)妊娠されていますか？ はい (ヶ月)・可能性あり・いいえ
 H)現在授乳中ですか？ はい・いいえ
- ⑧ 職業についておたずねします。
 現在の職業は？ () S・H 年 月～現在
- ⑨ 趣味についておたずねします。
 ()
- ⑩ 相談できる親しい方がいらっしゃいますか？
 はい (ご関係)・いいえ

ご記入ありがとうございました。受付にお渡しく下さい。 *裏面記入不要