

どの診療科受診を希望されますか？ □に V チェック をしてください。

精神科 ・ 心療内科 ・ 内科

*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。受付にお渡してください。 *裏面記入不要