

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] 〒 -	[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? また、不調となるきっかけはありましたか?
 (いつ頃:) (きっかけ:)
- 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
- ④ 現在通っている病院はありますか? また、お薬手帳はお持ちですか?
 はい ・ いいえ はい ・ いいえ
- ⑤ 今までにかかった病気や治療中の病気(または交通事故などによる外傷)はありますか?
糖尿病 高血圧 高脂血症 腎臓病 肝臓病 喘息 結核 心臓病
胃潰瘍 緑内障 脳疾患 がん(部位) その他()
- ⑥ 1年以内に健康診断や胸部レントゲン検査を受けた事がありますか?
 はい (いつ頃:) 検査結果:) ・ いいえ
- ⑦ 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
- ⑧ 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
- ⑨ 職業についておたずねします。
 現在の職業は? () S ・ H ・ R 年 月～現在
- ⑩ 趣味についておたずねします。
 ()
- ⑪ 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

裏面もお読み下さい。 *裏面へ続く

当院では診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

初診シートのご記入ありがとうございました。このシートを受付にお渡しください。