

はじめて診察を受けられる方へ

*初診日: 年 月 日()

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

⑫ 今日は病院へはどのように来られましたか? 自家用車 ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ 公共の交通機関
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。