

～初めて当院で診察を受けられる患者さんへ～

フリガナ		
お名前	男性 / 女性	
郵便番号	〒	
ご住所		
電話番号	① (      ) -      -      ② (      ) -      -	
生年月日	M, T, S, H	年      月      日

★どちらで当院をお知りになりましたか？ ○をつけてください。複数回答可です。

御家族      友人・知人      電話帳      新聞・雑誌      道路沿いの看板  
 当院の前を通過      バス内の音声広告      ホームページ  
 他院で当院の医師の診察を受けていた      その他(                      )

当院では、診察室へ患者さんをお呼びする場合や会計時には、患者さんの名字もしくはフルネームでのお声掛けをさせて頂く方針です。お名前を呼ばれたくない場合、番号札をお渡しして番号で呼ばせて頂くこともできます。

番号札での対応を希望されますか？                      はい / いいえ

1. 現在お困りになっている症状は、どんな事ですか。(ア)、(イ)よりいくつでも○で囲んで下さい

- (ア) こころの症状(いつから:              頃)                      (イ) 身体の症状(いつから:              頃)
- ・ 不安感／イライラ／意欲低下／ゆううつな気分／死にたい気持ち
  - ・ 眠れない／寝すぎてしまう                      (                      )
  - ・ 興奮しやすい／幻聴／妄想
  - ・ 物忘れ

(ア)、(イ)の症状で上記以外にあれば記入してください

--

**2. 過去になったことのある病気**

- ・ 緑内障・ぜんそく・重症筋無力症・
- ・ 高血圧・脳血管疾患
- ・ パーキンソン病・前立腺肥大
- ・ 癌 ( )
- ・ 糖尿病・心臓病
- ・ 精神疾患 ( )

その他 持病あればご記入下さい

**3. 現在服用中の内服薬はございますか**

- ・ お薬手帳をご持参いただければ記載いただく必要はありません

**4. アレルギーはございますか (有・無)**

- ・ (具体的な内容: )

**5. ご家族で病気をされた方はございますか(わかる範囲で下にご記入ください)**

**6. 女性の方へお伺いします**

- ・ 妊娠中ですか (はい・いいえ)
- ・ 月経(生理)は順調ですか
- ・ 授乳中ですか (はい・いいえ)
- ・ (はい・いいえ・閉経: \_\_\_歳)

**7. その他(嗜好品など)**

- ・ たばこ 1日 \_\_\_本 ( \_\_\_歳から)
- ・ コーヒー／お茶 \_\_\_杯／日
- ・ 禁煙した ( \_\_\_歳から)
- ・ 睡眠時間 \_\_\_時間／日
- ・ アルコール (種類: )
- ・ 体重の増減
- 1日に \_\_\_くらい飲む ( + / - \_\_\_kg / \_\_\_月)
- 頻度 \_\_\_日／週

患者さんの記載はここまでです。ありがとうございました。