

初診の方へ

平成 年 月 日

◇ 受診される方

ふりがな

生年月日

氏名 _____ 男・女 明・大・昭・平 年 月 日

〒 _____

住所 _____

電話番号 自宅 _____ 携帯 _____ 職業 _____

◇ その他連絡先（家族または付き添いの方など）

ふりがな

氏名 _____ 男・女 続柄 _____

〒 _____

住所 _____

電話番号 自宅 _____ 携帯 _____

◇ お手数ですが診察にあたり、次の質問にお答えください。該当する項目に○をつけてください。

① 医院名を出しても差し支えのない連絡先に○をつけてください。 （自宅 携帯）

② 本日こられたのは、
・本人の希望で来院した ・家族のすすめ ・知人のすすめ
・他の医療機関の紹介 ・その他（ ）

③ どのようなことでお困りですか？
・いらいらする ・不安な気持ちになる ・夜なかなか寝付けない
・夜中に何回も目を覚ます ・眠った気がしない ・食欲がない
・食べても味がしない ・何事にも意欲が起こらない ・乗り物などに乗れない
・身体がだるい ・最近物忘れがひどい ・その他（ ）

④ ③のようなことはいつ頃から始まりましたか？
・（ ）日くらい前 ・（ ）週間くらい前 ・（ ）ヶ月くらい前
・（ ）年くらい前

⑤ 今の症状でどこかの病院を受診したことがありますか？
・ある（紹介状 あり なし ） 病院名（ ） ・ない

⑥ 本日、風邪症状はございますか？
・ある（体温 度） ・ない

- ⑦ 食べ物やお薬でアレルギー反応（湿疹、蕁麻疹など）を起こしたことがありますか？
・ある（食品名または薬品名 _____） _____ ・ない
- ⑧ ビール、酒などアルコールを飲まれますか？
・飲む（お酒の種類 _____）（酒量 _____ /日）
・以前は習慣的に飲んでいた（ _____ 歳頃まで） _____ ・飲まない
- ⑨ コーヒーは飲まれますか？
・飲む 1日（ _____ ）杯くらい _____ ・飲まない
- ⑩ たばこは吸われますか？
・吸う 1日に（ _____ 本・箱）くらい
・以前は吸っていた（ _____ 歳頃まで _____ 本・箱/日） _____ ・吸わない
- ⑪ 現在他の病院で治療を受けていますか？
・受けている（病名 _____ 病院名 _____）
・受けていない
- ⑫ 今までに病気やケガや手術をしたことがありますか？
・ある（ _____ 歳）（病名 _____） _____ ・ない
- ⑬ 現在、何かお薬を飲まれていますか？
・飲んでいる（ _____） _____ ・飲んでいない
- ⑭ 現在、どなたと同居されていますか？
・一人暮らし ・親 配偶者 子供（ _____ 人） 孫（ _____ 人） ・その他（ _____）
- ⑮ 40歳以上の方にお聞きします。介護保険の認定を受けておられますか？
・はい（要支援 _____）（要介護 _____） _____ ・いいえ
- ⑯ 今までに、精神科または心療内科に通院されたことがありますか？
・はい ・いいえ
- ⑰ 女性の方へ
・最終月経はいつ頃ですか？（ _____ ）月（ _____ ）日頃から _____ ・ずっとない
（ア）月経は定期的にありますか？ _____ ・はい _____ ・いいえ
（イ）現在妊娠している可能性はありますか？ _____ ・はい _____ ・いいえ
（ウ）小さいお子さんがいらっしゃる方へ 現在授乳中ですか？ _____ ・はい _____ ・いいえ
- ⑱ その他、特に伝えておきたいことがありましたらご自由にお書きください。
-
-