

# 初診の方へ

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。
- 
-