

初めて診察を受けられる方へ

受診日 年 月 日

ふりがな			性別
お名前			男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日 () 才	
ご住所	〒		
電話番号	自宅 :	携帯 :	
※事務上の連絡	いずれかに○印をつけてください ⇒ 自宅・携帯・その他 () 連絡の際に「大宮駅前ひるまこころクリニック」と名乗ってもいいですか? ⇒ 可 ・ 不可		
緊急時の連絡先 (本人様以外)	(続柄:)		

*いつから、どのような症状がありますか?

<ul style="list-style-type: none"> ・ いつからですか 平成 ・ 昭和 年 月 日ごろから ・ どのような症状ですか (記入例 気分が沈みこむ、眠れない、不安がつよい、人前で緊張する など) ・ きっかけとなった出来事や状況ストレスなど、思い当たることがございましたらお書きください

*そのことで別の心療内科・精神科で診てもらいましたか?

<p>a) いいえ (この項目の質問は終了です)</p> <p>b) はい</p> <p>⇨平成 ・ 昭和 年 月 日ごろ 病院 (外来 ・ 入院)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ その際どのように診断されましたか _____ ・ その際に処方されたお薬がございましたら、ご記入ください
--

***健康面について**

・以下の事柄で、当てはまるものがありましたら、丸をつけてください

<妊娠の可能性・高脂血症・高血圧・緑内障・前立腺肥大症・糖尿病・気管支喘息・過去に肝炎>

・上記以外で、これまでに大きな病気や怪我はありましたか

<記入例> 23歳 虫垂炎 手術にて完治 43歳 リウマチ 内科にて薬物療法中 など

・現在、お体のことで他の病院から処方され内服しているお薬がございましたら、ご記入ください

・今までで合わないお薬、副作用やアレルギー反応が出たお薬などがあればご記入ください

・食べ物などのアレルギーがございましたら、食品名と症状をご記入ください

***生活面について**

***睡眠について**

平日 就寝___時 起床___時 入眠障害 (あり・なし) 中途覚醒 (あり・なし) 熟眠感 (あり・なし)

休日 就寝___時 起床___時 入眠障害 (あり・なし) 中途覚醒 (あり・なし) 熟眠感 (あり・なし)

***食事について**

食欲はありますか (ある・ない)

お食事はどなたが作りますか (ご自身で・ご家族・外食や買ってくることが多い)

お酒 ⇒ 1日にビール _____ 本 日本酒 _____ 合 *タバコ⇒1日に _____ 本

***現在のご職業** (昭和・平成) ____年 ____月から _____

それ以前の職歴もおありの方は、こちらにご記入ください。

<記入例> 平成3年4月からアパレル関係 結婚による転居のため、平成6年3月に退職 など

***趣味や気分転換方法などはございますか。**

生育地 (_____) 差し支えなければ最終学歴 (_____)

*下記に、ご家族の続柄・年齢・ご職業・健康状態をご記入ください（同居と同居以外の方を別々に）

（記入例）夫 56才、公務員、糖尿病 長女 26才、会社員、健康

同居	同居していない両親・兄弟姉妹・子
----	------------------

*婚姻について ⇒ 未婚

既婚 平成・昭和_____年_____月（_____才のとき）

離婚・死別 平成・昭和_____年_____月（_____才のとき）

再婚 平成・昭和_____年_____月（_____才のとき）

*今日を受診のことをご家族は知っていますか。

（知っている・知らない）

*本日同伴の方は いる・いない （いらっしゃる場合はご本人との続柄_____）

*当院をどのようにしてお知りになりましたか。いずれかに○印をつけてください。

他院などからの紹介（施設名 _____）・ホームページ・看板・タウンページ その他（ _____ ）

*記入者の氏名_____（代筆の場合は、ご本人との続柄_____）

☆ご協力ありがとうございました☆