

お名前： _____ 生年月日：M・S・H 年 月 日 (歳)

郵便番号： _____ 住所： _____

連絡先（携帯・固定）： _____

同伴者お名前： _____ (続柄 _____)

同伴者の住所： _____ 同伴者の連絡先： _____

○心療内科・精神科・神経科の受診は初めてですか？

はい ・ いいえ

「いいえの方」はいつ頃、どちらで、どのような治療を受けられていましたか。

(病院名、病名、治療・処方内容、入院歴)

主訴：本日はどのような症状・理由で受診されましたか。(今までの経過も詳しく御記入下さい)

○それぞれお答えください。

家族構成 _____ (結婚歴 なし・あり _____ 歳時)

出生地 _____

学歴 _____

言葉、発達の遅れを指摘されたことがありますか？ なし・ある (_____)

過去・現在の職業 _____

眠れていますか？

はい・いいえ (早朝覚醒・中途覚醒、入眠困難・その他 _____)

食欲はありますか？ (体重減少 無・有)

ある・なし (_____)

アレルギー：なし・あり (_____) ・喘息 _____ 便通：ふつう ・ 便秘 ・ 緩い

タバコ：なし・あり (1日 _____ 本) アルコール：なし・あり (内容 _____ 量 _____)

頭痛 めまい 吐き気 動悸、息苦しさ、身体のだるさ、冷え症、その他の**身体症状はありますか？**

(詳しくご記入を) ※身長 (_____) cm ※体重 (_____) kg ※利き手 (_____)

御自身の性格についてどの様に感じますか？ (_____) 宗教ある方 (_____)

女性の方のみ：月経 (順調・不順・ない・妊娠中 (_____ 週目))

既往歴・手術歴・感染症の有無 (日付、病院名、病名、お薬名 (点滴名) を等御記入下さい。

お薬手帳ある方は受付にお出し下さい