

初めて診察を受けられる方へ

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()-()-()	
※事務上の連絡先	いずれかに○印をつけて下さい⇒自宅・携帯・その他() 連絡の際「にじこころのクリニック」と名乗ってもいいですか⇒可・不可	

* 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⇒平成・昭和____年____月____日ごろから ・どのような症状がありますか(できるだけ具体的に) ・きっかけとなった出来事や状況・ストレスがあれば記入して下さい
--

* そのことで、別の心療内科・神経科で診てもらいましたか

a) いいえ b) はい⇒平成・昭和____年____月____日 _____病院(外来・入院)

* 頭部画像検査(CT、MRI、SPECTなど)を受けられたことはありますか

a) いいえ b) はい⇒平成・昭和____年____月____日 _____病院(CT、MRI、SPECT、その他)

* 健康面について下記に当てはまる場合、○印をつけて下さい

妊娠の可能性 緑内障 前立腺肥大症 気管支喘息 過去に肝炎 糖尿病 高脂血症 高血圧 薬で副作用の経験あり⇒(薬の名称と症状 _____ . _____ . _____)

お酒⇒1日に_____ タバコ⇒1日に_____本

* その他、これまでに病気や大きなケガはありましたか

年令____才・病名_____ 年令____才・病名_____

* 現在、他の病院でお薬をもらっていますか

a) いいえ b) はい ⇒お薬の内容(_____) 病院名(_____)
--

* 下記に、ご家族の続柄・年令・ご職業・健康状態をご記入ください(同居・同居以外を別に)

(記入例) 夫・54才・公務員・糖尿病 長女・26才・会社員・健康

同居	同居 <u>していない</u> 両親・兄弟姉妹・子
----	---------------------------

* 婚姻について⇒未婚・既婚・離婚・死別・再婚 平成・昭和____年____月(____才のとき)

* 生育地と最終の学校 生育地_____ 学校_____ (卒・中退・在学中)

* 現在のご職業⇒平成・昭和____年____月から ご職業_____

* 記入者の氏名_____ 本人との続柄_____

* 当院を何でお知りになりましたか(複数回答可)

インターネット ・ 電話帳 ・ 看板 ・ 広告 ・ ビル内クリニック受診時 ・ その他(_____)

☆ご協力ありがとうございました