

初めて受診される方へ

令和 年 月 日

受診者名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別： 男 女 職業 \_\_\_\_\_

( \*書きにくいことがある場合は空白でもかまいません。 )

1. お困りなことは何ですか？ それはいつ頃からですか？

2. 大きなけがや身体の病気をしたことはありますか？

なし あり ( \_\_\_\_\_ )

3. 精神科受診歴 なし あり 病名 ( \_\_\_\_\_ )

入院歴 なし あり 最終入院歴 ( \_\_\_\_\_ 年頃 )

4. 最近の睡眠状態について

●平均睡眠時間： \_\_\_\_\_ 時間 / 日 ●睡眠の状態 良 不良

5. 現在通院中ですか？ 通院中 通院していない

通院中の病名は ( \_\_\_\_\_ )

通院中のクリニック又は病院名は ( \_\_\_\_\_ )

6. 現在、服用中の薬はありますか？

なし あり (薬品名等： \_\_\_\_\_ ) お薬手帳を提出します

(※マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内のお薬のみお書きください。)

7. 薬、食べ物に対してアレルギーをお持ちですか？ (ある場合は原因物質をお書き下さい)

なし あり ( \_\_\_\_\_ )

8. 嗜好品について

●飲酒習慣 なし 機会飲酒 あり (何を \_\_\_\_\_ ) を1日 ( \_\_\_\_\_ ) 本、週に ( \_\_\_\_\_ ) 日

●喫煙習慣 なし あり ( \_\_\_\_\_ ) 歳から1日 ( \_\_\_\_\_ ) 本

9. 現在、妊娠中又は授乳中ですか？

妊娠中 ( \_\_\_\_\_ ヶ月) 授乳中

※当院をどこでお知りになりましたか。

看板 ホームページ 紹介 ( \_\_\_\_\_ ) その他 ( \_\_\_\_\_ )

\* ご記入頂きありがとうございました。提供していただいたこれらの情報は、厳密に機密保持・管理し診療のお役に立てさせていただきます。

\* マイナ保険証のご利用・情報取得については来院日当日に意思確認をさせていただきます。

ご承知おき下さい。 \_\_\_\_\_ カルテ番号 ( \_\_\_\_\_ )