

初めて受診される患者様へ

診察までの間、分かる範囲で以下の項目にご記入をお願い致します。

～本日診察を受けられる方～

ふりがな

お名前： _____（男・女）年齢： _____歳

生年月日：（大正・昭和・平成・令和） _____年 _____月 _____日

住所： 〒 _____

ご連絡可能な電話番号： 自宅： _____ 携帯： _____

ご同伴者 お名前： _____ 続柄： _____

ご同伴者の連絡先： _____

緊急時連絡先 上記連絡先以外の場合、ご記載ください

お名前： _____ 続柄： _____

連絡先： _____

・当院を初めて知ったきっかけは何ですか？

看板（道路・バス） ・ チラシ ・ 知人の紹介 ・ 他院から紹介 ・ ネット
その他（ _____ ）

1. 今回受診された理由、お困りのこと（いつ頃から、どのような状態で・・・など）

2. このことで、どこか受診されましたか？（はい・いいえ）

・かかった医療機関 _____ ・紹介状の有無（有・無）

3. 過去、他の精神科の病院またはクリニックに通院中もしくは通院していたことはありますか？（はい・いいえ）

_____年頃 _____に通院 _____年頃 _____に通院

内服薬： _____

4. 出身地

_____県 _____市出身 _____人兄弟 _____番目

5. 家族構成（両親、兄弟姉妹、配偶者、子、孫、等わかる範囲でお願いします）

続柄	年齢	健康状態	同居の有無	職業	居住地
例：父	例 73	例：うつ	同居・別居・死去	会社員	静岡市

6. 血のつながった方で、精神科や神経科の病気にかかり、通院をしていた方はいらっしゃいますか？ : (なし・あり) ⇒ (その方の続柄 :)
 症状など ()

7. 最終学歴 (○をおつけください)

中学 高校 大学 専門学校 その他 () (卒業・中退)

8. 職歴

1) _____年から_____年まで 業種、社名など: _____

2) _____年から_____年まで 業種、社名など: _____

3) _____年から_____年まで 業種、社名など: _____

その他仕事について (_____)

9. 結婚歴 (なし・あり) _____回 現在: (婚姻中・離婚・死別)

10. (女性の方) 出産歴 (なし・あり) 妊娠の可能性 (あり・なし・不明)

11. タバコ (一日_____本 _____歳から)・飲酒 (1日の量_____・週_____回)

12. 熱心な宗教はありますか? (なし・あり (_____))

13. 現在治療中もしくは、過去に入院・手術などがありましたらご記入ください。

糖尿病 (有・無): 高血圧 (有・無): 緑内障 (有・無)

その他の持病 (_____)

手術歴 (_____)

14. 薬や食べ物でアレルギー反応や副作用がでたことがありますか。(はい・いいえ)
 はいとお答えの方は具体的にご記入ください。

原因 _____ 症状 _____

15. ご連絡する時に、「駿府こころのクリニック」と名乗っても構いませんか?

(良い・悪い)

質問は以上となります。ご協力ありがとうございました。受付へお出しください。