

## はじめて診察を受けられる方へ

本人	フリガナ	住所	〒
	氏名 様		
	(男・女) 生年月日 ( 年 月 日)	電話	自宅 携帯
付き添いの方	フリガナ	住所	〒
	氏名 様		
	(続柄)	電話	自宅 携帯
緊急時の連絡先 (本人様以外)	(氏名)	(続柄)	(電話番号)

1 当院をどのようにお知りになりましたか。

- ① 当院のホームページ    ② 家族・知人のすすめ    ③ 他の病院からの紹介    ④ 学校からの紹介  
⑤ その他 ( )

2 本日、相談したい症状や問題に○をおつけください。特に困っているものには◎をおつけください。(複数可)

- ① 不安    ② 意欲がない    ③ 疲れやすい    ④ 些細なことが気になる    ⑤ 憂うつ    ⑥ 眠れない  
⑦ 途中で目が覚める    ⑧ 早朝に目が覚める    ⑨ 起床が困難    ⑩ 緊張が強い    ⑪ 動悸がする  
⑫ めまいがする    ⑬ イライラする    ⑭ 人に会いたくない    ⑮ 幻聴がある    ⑯ 物忘れがある  
⑰ 食欲不振    ⑱ 食べない・食べられない    ⑲ 飲酒をやめられない    ⑳ 嫌がらせを受けている気がする  
㉑ その他 ( )

3 上記の症状はいつ頃からありますか。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日頃から

4 上記の症状で、他の病院に受診したことがありますか。

いいえ ・ はい

医療機関名	治療期間	
	年 月 ~ 年 月	入院 ・ 外来
	年 月 ~ 年 月	入院 ・ 外来
	年 月 ~ 年 月	入院 ・ 外来

※お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。お持ちでない方は現在飲んでいる薬をお書きください。

[ ]

● 裏面もありますので、ご記入ください

5 今まで薬や食品などでアレルギー（特に薬物アレルギー）があると言われたことはありますか。  
または薬の副作用が強く出たことはありますか。  
いいえ ・ はい → 原因となった薬や食品の名前、症状をお書き下さい。

[ ]

6 今までに入院するような大きな病気（またはケガ）をしたことがありますか。  
いいえ ・ はい  
（病 名： ）  
（い つ 頃： 年 月 ころ その時の年齢： ）  
（医療機関名： ）  
（治療内容： ）

7 他に現在治療されている病気やケガはありますか。  
いいえ ・ はい → 治療している病名（ ）  
→ 現在飲んでいるお薬を下にお書き下さい。

[ ]

8 お酒・たばこについて  
① お酒は飲みますか。 飲まない・飲む（1日量 , 回/週）・やめた  
② たばこは吸いますか。 吸わない・吸う（ 本/日 ） ・やめた

9 女性の方にお聞きします。現在妊娠している、妊娠の可能性がありますか。  
また授乳中ですか。  
いいえ ・ はい （妊娠 週目） 授乳中

★この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか  
いいえ ・ はい

★マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか  
いいえ ・ はい

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。