

# 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( )<br>連絡の際「あおぞらクリニック」と名乗ってもいいですか⇒ 可・不可 |     |

## (1) いつから、どのような症状がありますか

- 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 (記入例) 憂うつ・眠れない・不安・人前でひどく緊張する
- 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

## (2) そのことで別の心療内科・神経科で診てもらいましたか

(はい) 平成・昭和 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日 \_\_\_\_\_病院(外来・入院) (いいえ)

## (3) 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 糖尿病 気管支喘息 過去に肝炎 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

## (4) その他、これまでに病気や大きなケガはありましたか

(はい) 年令 \_\_\_\_才 病名 \_\_\_\_\_ (いいえ)  
年令 \_\_\_\_才 病名 \_\_\_\_\_

## (5) 現在、他の病院でお薬をもらっていますか

(はい) お薬の内容 ( \_\_\_\_\_ ) (いいえ)

## (6) 下記に、ご家族の続柄・年令・ご職業・健康状態をご記入下さい(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 | 同居していない両親・兄弟姉妹・子 |
|----|------------------|

## (7) 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)

## (8) 生育地と最終の学校 生育地 \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_\_ (卒・中退・在学中)

## (9) 現在のご職業 平成・昭和 \_\_\_\_年\_\_月から \_\_\_\_ご職業 \_\_\_\_\_

## (10) 記入者の氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄 \_\_\_\_\_

## (11) 当院を何でお知りになりましたか

前を通過して知っていた 知人 親類 広告 看板 電話帳 インターネット  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

☆ご協力ありがとうございました