

## はじめて診察を受けられる方へ

これは医師があなたをより理解するためのものです。

書けるところがかまいませんので、ご記入お願いいたします。

記入日： 年 月 日

記入者：ご本人・その他（ ）

ふりがな	生年月日	性別
氏名	大・昭。平 年 月 日	男・女
電話番号（必要時御連絡してよい番号をご記入ください。 Tel		

1. 診察をお受けになられる理由、お困りのことを、なるべくくわしく、具体的にお書きください。

2. それはいつからですか？（ ）年（ ）月ごろ または（ ）歳ごろ

3. それについて思い当たる理由がありますか？ ある・ない  
さしつかえなければ、お書きください。

4. その後、現在までの症状・状況の変化はどうでしたか？

5. これまでにかかられた心療内科・精神科があれば教えてください。

医療機関（ ）（ ）年（ ）月～（ ）年（ ）月 通院・入院

6. これまでに心療内科・精神科の薬をのまれたことがありますか？ない・ある  
ある場合、わかる範囲でその種類と効果を教えてください。

7. 今までにかかった病気、持病など教えてください。また、現在のんでおられる薬がわかれば教えてください。

糖尿病・前立腺肥大症・緑内障

8. 睡眠について。

普通：入眠（ ）時～覚醒（ ）時

眠れない：（寝つきが悪い・途中で目が覚める・早く目が覚める）正味睡眠（ ）時間

眠りすぎる：約（ ）時間

9. 食事について。

食欲：普通・食事量が減っている・食欲がありすぎる

体重：変わらない・減っている・増えている

10. 薬や食べ物によるアレルギーがあれば教えてください。

薬、食べ物                      その症状

11. 診断・診察の役に立ちます。差し支えなければお答えください。

・最終学歴

・職歴

・たばこ                      吸わない・吸っていたがやめた・吸う（          本・日）

・お酒                      飲まない・機会があれば飲む。飲む（種類と量                      ）

・結婚歴                      未婚・既婚・離婚・再婚

・現在妊娠の可能性          ない・妊娠中（          か月）・授乳中

・当クリニックを受診されるきっかけは？

12. お聞きになりたい事や、診察に関するご希望があれば何でもお書きください。