

*** 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○記をつけてください ⇒ <u>自宅・携帯・その他</u> () ※連絡の際「にじこころのクリニック」と名乗ってもいいですか ⇒ (可 ・ 不可)	

* いつから、どのような症状がありますか

・いつから ⇒ 年 月 日ごろから
・どのような症状がありますか (できるだけ具体的に)
・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

* そのことで、別の心療内科・精神科で診てもらいましたか

いいえ ・ はい ⇒ 年 月 日 病院 (外来・入院)

* 頭部画像検査 (CT、MRI、SPECTなど) を受けられたことはありますか

いいえ ・ はい ⇒ 年 月 日 病院 (CT、MRI、SPECT、その他)

* 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	気管支喘息	過去に肝炎	糖尿病	高脂血症	高血圧
--------	-----	--------	-------	-------	-----	------	-----

* 薬で副作用の経験 なし・あり ⇒ (薬の名称/症状)

* ・お酒 飲まない・飲む ⇒ (1日に) ・タバコ 吸わない・吸う ⇒ (1日に 本)

* その他、これまでに病気や大きなケガはありましたか

いいえ ・ はい ⇒ 年令 才 ・ 病名 _____ 年令 才 ・ 病名 _____

* 現在、他の病院でお薬をもらっていますか

<u>いいえ ・ はい</u> ⇒ お薬の内容 () 病院名 ()
--

* 下記に、ご家族の続柄・年令・ご職業・健康状態をご記入ください (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

一人暮らし or 同居	<u>同居していない両親・兄弟姉妹・子</u>
-------------	-------------------------

* 婚姻について ⇒ 未婚・既婚・離婚・死別・再婚 _____年 _____月 (_____才のとき)

* 生育地と最終の学校 生育地 _____ 学校 _____ (卒・中退・在学中)

* 現在のご職業 ⇒ _____年 _____月から ご職業 _____

* 記入者の氏名 _____ 本人との続柄 _____

* 当院を知ったきっかけ ⇒ 下記のいずれかに○記をつけてください (複数回答可)

インターネット・電話帳・看板・広告・ビル内クリニック受診時・その他 ()

ご協力ありがとうございました