

初めて診察を受けられる方へ

受診日 年 月 日

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○印をつけてください⇒自宅・携帯・その他() 連絡の際に「みずほクリニック」と名乗ってもいいですか?⇒ 可・不可		
緊急時の連絡先 (本人様以外)	(続柄:)		

*当院をどのようにしてお知りになりましたか?いずれかに○印をつけてください。

他院などからの紹介(施設名)・ホームページ・タウンページ
看板(地下鉄ホーム・地下鉄車内・バス停・電柱・当ビル)・その他()

*いつから、どのような症状がありますか?

<p>・いつから⇒平成・昭和 年 月 日ごろから</p> <p>・どんな症状がありますか(記入例 気分が沈みこむ、眠れない、不安がつよい、人前で緊張する)</p> <p>・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ください</p>

*そのことで別の心療内科・精神科で診てもらいましたか?

<p>a)いいえ b)はい⇒平成・昭和 年 月 日ごろ 病院(外来・入院)</p>

*健康面について下記に当てはまる場合、○をつけてください。

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:

その他:

*他の病院でお薬をもらっていますか?

a)いいえ b)はい⇒お薬の内容:

*お酒⇒1日にビール _____ 本 日本酒 _____ 合 *タバコ⇒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? (例 35才でくも膜下出血)

*下記に、ご家族の続柄・年齢・ご職業・健康状態をご記入ください(同居と同居以外の方を別々に)

(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

*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)

離婚 ・死別 ・再婚 平成・昭和 _____ 年 _____ 月(_____ 才のとき)

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

*現在のご職業⇒平成・昭和 _____ 年 _____ 月から _____ 職

*記入者の氏名 _____ 本人との続柄

*本日同伴の方は いる ・ いない 続柄

☆ご協力ありがとうございました☆