

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。

当院ホームページ → 検索エンジン名 (google・yahoo・その他 / 検索したキーワード:)
他院などからの紹介(施設名)
看板・通りがかり・その他()

*いつから、どのような症状がありますか?

<p>・どんな症状がありますか(複数選択可。特に困っている項目には◎をおつけ下さい。)</p> <p>・ゆううつ ・眠れない ・不安 ・やる気が出ない ・動悸がする ・イライラする</p> <p>・人前で過度に緊張する めまいがする ・頭痛がする ・食欲不振 ・体がだるい ・疲れやすい ・考えがまとまらない ・過食してしまう ・対人関係が上手くいかない</p> <p>・些細なことが気になる ・家に引きこもってしまう ・性欲がない ・お酒がやめられない</p> <p>・その他()</p> <p>上記のような症状が生じたのはいつ頃からですか? → 平成・昭和 年 月 日ごろから</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>
--

*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。

<p>・緑内障 ・前立腺肥大症 ・糖尿病 ・気管支喘息 ・肝臓病 ・腎臓病 ・高脂血症</p> <p>・高血圧・甲状腺疾患 ・ひきつけ・けいれん・アレルギー()</p> <p>その他 病気()</p> <p>薬で副作用の経験あり⇒薬の名称と症状:</p>

*女性の方へ

<p>現在、妊娠中、あるいは、妊娠の可能性がありますか? はい・いいえ</p> <p>・はいとお答えの方へ</p> <p>・妊娠何ヶ月ですか?(ヶ月) ・出産予定日(年 月 日)</p>
