

初めて診察をお受けになる方に

平成 年 月 日()

当院では初診時の診察をスムーズに行うために、診察前に以下の事項へご記入いただいております。
 お手数ですがご協力をお願い致します。(E-mailアドレスはできる限りご記入ください(緊急連絡時に使用します。))

ふりがな				連絡先	自宅	
氏名	(男・女)				携帯	
					E-mail	
住所	〒				職業	
生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日(歳)	緊急連絡先	
ご記入頂く方が 受診されるご本人以外 の場合	ふりがな				続柄	
	氏名	(男・女)				
現在、お悩み、お困りのことは何ですか？(できるだけ具体的にお書きください)						
それはいつ頃からですか？						
上記のことで医師にかかったことはありますか						
	病院	科	(年	月 ~	年	月まで)
	病院	科	(年	月 ~	年	月まで)
	病院	科	(年	月 ~	年	月まで)
						入院歴 : あり・なし
上記の症状でくすりは ①飲んでいる ②飲んだことがある ③飲んだことはない ⇒ ①・②の方 くすりの種類・量について具体的にお教え下さい 効果 : あり・なし ()						
今までに手術の経験はありますか : ない・ある(病名) ()歳頃						
今までに輸血の経験はありますか : ない・ある						
現在服用している薬はありますか : ない・ある()						
現在の健康状態は						
*体重 : やせた・変わらない・太った		*食欲 : ある・ない		*めまい : ある・ない		
*立ちくらみ : ある・ない		*過食、拒食傾向 : ない・ある(嘔吐 : ある・ない)				
*便秘 : 良好・便秘・下痢		*胸がドキドキ : する・しない				
*睡眠 : 良い・悪い(寝付けない・夜中目が覚める・目覚めが早い・ぐっすり寝た気がしない・夢が多い)						
*不快に感じる場所 : ない・ある(頭痛・頭が重い・首筋・肩・腰・鼻・のど・その他)						
*お酒 : 飲まない・飲む(週に 日 一回に飲む量)						
*タバコ : 吸わない・吸う(1日 本) *耳鳴り : する・しない						
※女性の方にお聞きします *月経 : 順・不順・ない *月経前後の精神状態 : 良好・不良						
下記の該当するものに○をお付け下さい						
・意欲がわからない		・朝起きるのがつらい		・興奮しやすい		・生きているのが嫌になる
・誰かに見られている気がする		・物忘れが多い		・気分がむらがある		・自分のことを噂されている気がする
・姿が見えないのに話しかける声が聞こえる		・実際にはないものが見える		・イライラしやすい		・不安
・落ち着きがない		・周囲に迷惑をかけている		・死のうと思ったことがある		・自分を傷つけたくなる
過去の健康状態						
*出生時 : 安産・難産・月足らず・しばらく泣かなかった・わからない						
*ひきつけ、痙攣 : ある・ない						
*頭を強く打ったことが : ある・ない			*気を失ったことが : ある・ない			
*性病にかかったことが : ある・ない			*月経 : 初潮 歳 / 閉経 歳			
*交通事故にあったことが : ない・ある ⇒ (あると答えた方) 頭部の外傷は : ある・ない						
※assessment						