

初めて診察をお受けになる方に

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。メール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)

ご本人以外がご記入される場合、お名前と続柄をご記入下さい		ふりがな				続柄	
		氏名	(男・女)				
ふりがな			連絡先	自宅			
氏名	(男・女)			携帯			
		メール					
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	氏名	(続柄: )		
				電話			
・出身地 ( ) ・最終学歴 ( 卒業・在学中・中退・休学中)							
現在、お悩み、お困りのことは何ですか？							
過去に精神科・心療内科を受診されたことはありますか？(ある・ない) ある、とお答えになった方は病院名をご記入下さい。							
		病院	科 ( 年 月 ~ 年 月まで)				
		病院	科 ( 年 月 ~ 年 月まで)				
今までに手術の経験はありますか : ない・ある (病名 ) ( ) 歳頃							
下記の該当するものに○をお付け下さい							
<ul style="list-style-type: none"> <li>・周囲に迷惑をかけている</li> <li>・物忘れが多い</li> <li>・興奮しやすい</li> <li>・不安</li> <li>・自分を傷つけたくなる</li> <li>・誰かに見られている気がする</li> <li>・朝起きるのがつらい</li> <li>・イライラしやすい</li> <li>・ゆううつ</li> <li>・実際にないものが見える</li> <li>・自分のことを噂されている気がする</li> </ul>							
とくに信仰している宗教はありますか？(ない・ある 名称 )							
ご家族の構成についてお聞きします							
・両親はご健在ですか？ (いいえ・はい)							
はいとお答えになった方 ご年齢とご職業を教えてください (父 歳)・(職業 )・(母 歳)・(職業 )							
・兄弟関係 なし・あり ( 人中、 番目)							
・結婚歴 (未婚・既婚 歳の時・離婚 歳の時)							
・現在同居中の方 (なし・あり 関係性 )							
・子ども (なし・あり 男児 人 女児 人)							
ご家族の病歴がおわかりでしたら教えてください。							
・血のつながった方で自殺された方はいらっしゃいますか？(なし・あり 続柄 )							
※女性の方にお聞きします。							
・妊娠の可能性はありますか？(なし・あり)							
・授乳中ですか？(いいえ・はい)							
・生理不順はありますか？(順・不順・治療中・閉経)							
当院をどちらでお知りになりましたか 当てはまるものに○をお付け下さい。(複数回答可)							
・HP		・タウンページ					
・その他のサイト(サイト名: )		・看板をみて、通りすがり					
・紹介(紹介者: )		・その他( )					

ご記入有難うございました。 2枚目心理検査にもご協力をお願いします。

スタッフ記入欄
---------