

初めて診察を受けられる方へ

受診日 令和 年 月 日

(ふりがな)
お名前

性別 男 女

生年月日 昭・平 年 月 日 年齢 ()

ご住所 〒

電話番号
携帯電話

- ・ 本日は、他の医療機関からの紹介状をお持ちですか はい いいえ
- ・ マイナ保険証（保険証と紐付けされたマイナンバーカード）をお持ちですか
はい → 本日、診療情報提供取得に同意されましたか はい いいえ
いいえ

ご連絡する際、このクリニックの名前を名乗ってもよいですか？ 可 不可
不可の場合は名乗り方のご希望をお書きください

1. 現在お困りのことについて、あてはまる項目をチェックしてください（複数可）

- よく眠れない 気分が落ち込む やる気が出ない 疲れやすい 不安が強い
 - イライラする・怒りっぽい 気持ちが焦る よく泣いてしまう ものごとが楽しめない
 - 食欲がない 頭痛 吐き気 便秘や下痢 同じことを何度も確認してしまう
 - 集中力がない 強い不安と動悸や過呼吸、めまいなどが急に起こる（パニック）
- その他 具体的にご記入ください _____

2. それはいつ頃からですか？（ 年 月頃から）

きっかけはありましたか？ あり なし 分からない
もし、きっかけがありましたらお書きください

3. これまでに精神科や心療内科の受診や、カウンセリングを利用したことはありますか？

ある（大体の時期、医療機関/相談機関名を下記にお書きください） ない
受診/相談時期（ 年 月頃）
医療機関/相談機関名（)

4. 睡眠薬や抗うつ薬、抗不安薬などを処方されたことはありますか？ ある ない
ある場合は、わかる範囲で教えてください

* 裏面もご記入ください

5. 治療中の病気や、過去にかかった身体の病気はありますか？

- 糖尿病 高血圧 緑内障 気管支喘息 甲状腺疾患 がん 脳梗塞
その他
-

6. 今飲んでいるお薬があれば教えてください(多数ある場合は、診察時にお薬手帳をご提示ください)

内服薬が多数あるので診察時に説明します

7. アレルギーが出たことのある薬や食べ物はありますか？

- ある ない
-

8. これまでの歩みについて教えてください

- 出生地(都道府県) 現在のご職業()
同居家族 独居 夫/妻 その他のパートナー 子供(人)
 父 母 兄弟姉妹 その他()
最終学歴 中学 高校 専門学校 短大 大学 大学院 その他
⇒ 卒業 在学中 中退

転職歴のある方は、簡単にお書きください

9. 嗜好について教えてください

- 喫煙 吸う(1日 本くらい) 吸わない
飲酒 飲む(を mlくらい) 飲まない
飲酒の頻度 人と会う機会のある時のみ 週 2~3 回 ほぼ毎日

10. 運動習慣について教えてください

- 有酸素運動をしている(1回 分/週に 回くらい)
 無酸素運動(トレーニング)をしている(1回 分/週に 回くらい)
 特に何もしていない 健康上の理由で難しい

11. 女性の方のみお伺いします 妊娠中(可能性も含めて) 授乳中 なし

12. 当院をどのようにしてお知りになりましたか?(複数可)

- 当院ホームページ インターネット検索(Google、ヤフー、その他)
 他院などからの紹介(施設名) 知人の紹介 通りすがり
 ドクターズ・ファイル、QLIFE などの医療情報サイト()
 その他()

ご記入ありがとうございました