

初めて受診される方へ

※わかる範囲でけっこうです。ご記入をお願いします。

年 月 日

ふりがな

お名前： _____ (男・女) ご職業 (_____)

生年月日： (S・H・R 年 月 日) (_____ 歳)

住所： _____

ご連絡可能な電話番号： _____ (本人 家族 (_____))

◇当院をどのようにお知りになりましたか？

看板 チラシ 知人の紹介 他院からの紹介 ネット

1.今回、どのようなことでお困りで受診されましたか？(いつ頃から、どのような症状など)

2.今回のご相談で、どこか受診されましたか？ (はい いいえ)

かかった医療機関 (_____) 紹介状 (有 無)

3.今まで、ほかの精神科に通院したことはありますか？(いいえ はい) ※はいの方は下欄へ

・ _____ 歳頃、(_____)に通院

・ _____ 歳頃、(_____)に通院

内服薬 (_____)

☆ご自身の性格について、どう感じられていますか？

(_____)

4.ご家族構成

※こちらにお書きください。

5出身地： 県 市 人きょうだい 番目

6.血の繋がった方で、精神科や神経科の病気にかかれた方はいらっしゃいますか？

(いない いる) ※いる方⇒続柄 () 症状など ()

7.最終学歴： (中学 高校 大学 大学院 専門学校) (卒業 中退)

8.職歴

9.結婚歴 (有 無) 現在 (婚姻中・離婚・死別)

10.※女性の方(出産歴： 有 無) 妊娠の可能性 (有 無 不明)

11.☆タバコ： 本/日 (歳から) ☆飲酒： (を ml/日・ 回/週)

12.現在、治療中、通院されていますか？

糖尿病： (有 無) 高血圧： (有 無) 緑内障： (有 無)

他、 () で () に通院

14.薬や食べ物でアレルギー反応や副作用が出たことがありますか？ (はい いいえ)

※はいの方は具体的にご記入ください。

原因 () 症状 ()

15.ご連絡するときに「ちくまこころのクリニック」と名乗ってもよろしいですか？

(YES NO)

ありがとうございました。受付にお出しく下さいませ。