

★ 初めて受診される患者様へ ★

診察までの間、分かる範囲で以下の項目にご記入をお願い致します(なお、全て患者様ご本人についての質問です)

フリガナ

* 本日診察を受けられる方 お名前: (男・女) 年齢: 歳

生年月日: (大正・昭和・平成) 年 月 日

住所: 〒

ご連絡可能な電話番号: 自宅:

携帯:

* 同伴者 お名前: 続柄: 連絡先:

* 緊急連絡先 ① お名前: 続柄: 連絡先:

* 緊急連絡先 ② お名前: 続柄: 連絡先:

① ご連絡する時に、きしろメンタルクリニックと名乗っても構いませんか? : 良い・悪い

② どちらで、このクリニックのことをお知りになりましたか?(○をつけてください)

インターネット・クリニックの看板・電話帳・その他()

(1) ご相談内容は何ですか?

例: 夜眠れない/発達障害の検査希望/セカンドピニオン希望

(2) 今回の具合はいつ頃から悪くなりましたか? : 平成・令和 年 月 頃より

(3) 受診は本人のご希望ですか? : はい・その他()

(4) 現在もしくは今までに医療機関を受診されましたか? (精神科・心療内科、他科含む)

医療機関名	病名		通院・入院期間
		外来・入院・通院中	
		外来・入院・通院中	
		外来・入院・通院中	
		外来・入院・通院中	
		外来・入院・通院中	
		外来・入院・通院中	

(5) 普段飲まれているお薬を教えてください (お薬手帳お持ちの方は診察の際にお見せください)

()

(6) お薬や食べ物によるアレルギーはありますか? : いいえ・はい()

(7) 薬の臨床試験(治験)への参加を希望されますか? はい・いいえ・どちらでもない

(8) お酒は飲みますか? : いいえ・はい ⇒ 飲酒歴()年

■ 主に何をどれくらい飲みますか? : ()を 1日・1週間・1ヶ月に()本・ml・合

■ 飲酒回数は? : 付き合い程度・週1回程・週2~3回程・週5~6回程・毎日

(9) たばこは吸いますか? : 吸わない・吸う ⇒ 1日()本位 喫煙歴()年

(10) 今までシンナーや覚せい剤などの薬物を使用したことがありますか? : いいえ・はい

「はい」の方 ⇒ 何を: () 使用歴: ()

☆ 裏面もあります ☆

(11) 現在の健康状態についてお尋ねします。

■ 身長 ()cm 体重 ()kg

■ 食欲 : 良好・不振 ⇒ ここ最近の体重 ()ヶ月で()kg 増加・減少・維持

■ 睡眠 : 良好・不眠

「不眠」の方 ⇒ なかなか寝付けない・夜中に何度も起きる・朝早く目が覚める・眠りが浅い

(12) あなたが生まれた時にトラブルはありましたか? : 正常・未熟児・仮死・その他()

(13) 女性の方にお伺いします。

■ 生理は順調ですか? : はい・不順・その他 ()

■ 現在妊娠中ですか? : はい・いいえ・不明 ()

■ 現在授乳中ですか? : はい・いいえ

(14) 出身地 : ()都道府県(○をつけてください)

(15) 宗教 : ない・仏教・神道・キリスト教・その他 ()

(16) これまでの学歴・職歴を教えてください。

学校名	年月		職歴	年月
		卒業・中退・在学中		
		卒業・中退・在学中		
		卒業・中退・在学中		
		卒業・中退・在学中		
		卒業・中退・在学中		

(17) 婚姻歴等 : 未婚・()歳の頃に 初婚・再婚・離婚・死別・事実婚

例)20歳の頃	再婚・ 離婚 ・離婚	23歳に再婚

(18) 家族構成 : 親・兄弟・配偶者・子供(3等親)まで、分かる範囲で構いませんので(例)にならってご記入ください。

氏名	続柄	年齢	お住まい	同居○×	学年・職業・その他何でも
例)きしろ たろう	父	60	多摩区	○	退職。50歳の時にうつ病で精神科の通院あり等

(19) 血のつながった方で、精神科や神経科の病気にかかったり、同じような症状で病院に通院をしていた(いる)方、あるいは自殺された方がいらっしゃいますか? : なし・あり ⇒ (その方の続柄 :)

(20) 血のつながった方で、糖尿病の方はいらっしゃいますか? なし・あり ⇒ (その方の続柄 :)

★ ご協力ありがとうございました ★