



以下の項目について、ご記入をお願いします。

記入日 令和 年 月 日

本日診察を受けられるかた（ご本人）

フリガナ

お名前

同伴者（ご家族など）

フリガナ

お名前

性別 男 ・ 女 年齢 歳

〒

住 所

電話番号

性別 男 ・ 女 年齢 歳

ご本人との関係

電話番号

1. 本日は、どのようなことで相談にいらっしゃいましたか。

[ ]

2. その症状（問題）は、いつ頃から続いていますか。

年 月頃から

現在は … 悪くなっている ・ 良くなっている ・ かわらない

3. その症状に対して今までに他の病院や診療所に相談に行かれましたか。

はい ・ いいえ

「はい」と答えたかたは以下にご記入ください。

( ) 病院 通院 ・ 入院 ( 年 月 ~ 年 月 )

( ) 病院 通院 ・ 入院 ( 年 月 ~ 年 月 )

( ) 病院 通院 ・ 入院 ( 年 月 ~ 年 月 )

4. 現在、他の病院（歯科含む）におかかりのかたは以下にご記入ください。

病院名 ( ) 病名 ( )

5. 普段お飲みになっているお薬があれば教えてください。

ある ・ ない

「ある」と答えたかたは以下にご記入ください。

※本日、お薬手帳または紹介状をお持ちでしたら、記入の必要はありません。

お薬の名前 ( )

6. 食べ物やお薬のアレルギーはありますか。

ある ・ ない

「ある」と答えたかたは以下にご記入ください。

食べ物 ( ) お薬 ( )

7. 過去に入院・手術・大きなケガなどの経験のあるかたは以下にご記入ください。

( ) 歳頃 病名 ( )

病院名 ( )

※裏面に続きます

8. 出身地・最終学歴・職歴（派遣・アルバイト含む）について教えてください。

出身地 ( ) 最終学歴 ( )  
現在の職業 ( )  
今までの職歴 ( )

9. ご家族について教えてください。

お名前	年齢	続柄	
( )	( )	( )	同居 ・ 別居
( )	( )	( )	同居 ・ 別居
( )	( )	( )	同居 ・ 別居
( )	( )	( )	同居 ・ 別居
( )	( )	( )	同居 ・ 別居
( )	( )	( )	同居 ・ 別居

10. ご家族に心療内科・精神科にかかれたかたはいらっしゃいますか。 いる ・ いない

「いる」と答えたかたは以下にご記入ください。

ご関係 ( ) 病名 ( )

11. お酒は飲みますか。 はい ・ いいえ

「はい」と答えたかたは以下にご記入ください。

1日に ( )

12. タバコは吸いますか。 はい ・ いいえ

「はい」と答えたかたは以下にご記入ください。

1日に ( )

13. 下記で使用歴があるものに○を付けてください。

シンナー 覚せい剤 大麻 マリファナ 脱法ハーブ 非合法ドラッグ  
その他 ( )

14. 女性のかたにお尋ねします。

現在、妊娠の可能性はございますか。 はい ・ いいえ

現在妊娠中のかた、週数はどのくらいですか。 ( )

15. 障害者手帳・障害年金をお持ちでしたら教えてください。

精神障害者福祉手帳 ・ 療育手帳 ・ 身体障害者手帳 等級 \_\_\_\_\_ 級  
障害年金 障害基礎年金 ・ 障害厚生年金 等級 \_\_\_\_\_ 級

16. 当院をどのようにお知りになりましたか。

電話帳 ・ インターネット ・ 役所からの紹介  
知人からの紹介 ( ) その他 ( )

ご記入が終わりましたら、受付へお出してください。  
ご協力ありがとうございました。

