

初めて受診される方へ

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診察までの間、以下の項目にお答えになれる範囲で結構ですのご記入下さい。

\*\*この書類は診療録と一緒に厳重に保管し、内容について守秘致します。

注：全て患者様ご本人様についての質問です。 3ページまでございますのでご留意下さい。

- 本日診察を受ける方：<sup>ふりがな</sup>お名前： \_\_\_\_\_
- 性別：男・女 年齢： \_\_\_\_\_ 歳
- 連絡先住所：〒 \_\_\_\_\_
- 電話番号：(日中ご連絡先) \_\_\_\_\_
- 受診時同伴された方のお名前： \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_)

- 本日は、どのような症状で来院されましたか？(複数選択可)

頭痛 吐き気 手足が震える 手足がしびれる 肩こり 動悸 不安  
喉の違和感がある 胸が押される感じがする 物忘れ 話がまわりくどい 涙もろい  
怒りっぽい 気分の変動が激しい 孤独感がある 元気が出ない 意欲がわからない  
仕事などに集中出来ない 疲れやすい 気が沈む  
考えがまとまらない 物悲しい イライラする 自信が無い ひきつけ 気を失った  
しゃべりすぎる 元気がよすぎる 人柄が変わった ないものが見える  
悪口を言われている 噂されているような気がする いじわるをされている  
皆に見られている気がする  
食欲が無い 体重が：減った/増えた ( \_\_\_\_\_ ヶ月で \_\_\_\_\_ kg 位減った/増えた)  
食べ過ぎてしまう 食事を減らして痩せた ( \_\_\_\_\_ ヶ月で \_\_\_\_\_ kg 位減った)  
食べては自分で吐き出してしまう 急に甘いものが食べたくなる/食べる  
眠れない(寝付けない・夜中に目が覚める・朝早く目が覚める・眠りが浅い)  
月経前後に気持ちが不安定になる  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

- 上記の症状はいつ頃から始まりましたか？： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 頃
- 上記症状が出現した原因が思い当たる方はご記入下さい。(例：職場のストレス)

- ご本人の性格であてはまるものに○をつけてください

悲観的・几帳面・内面的・消極的・神経質・心配性・短気・おとなしい・社会的  
他人に気を遣う・生真面目・依存的・積極的・非社会的

- 出生地をお教え下さい：

- 出生児に何らかの異常(体重、発育、病気など)がありましたか？ はい/いいえ

「はい」の方のみお分かりになる範囲でご記入下さい：

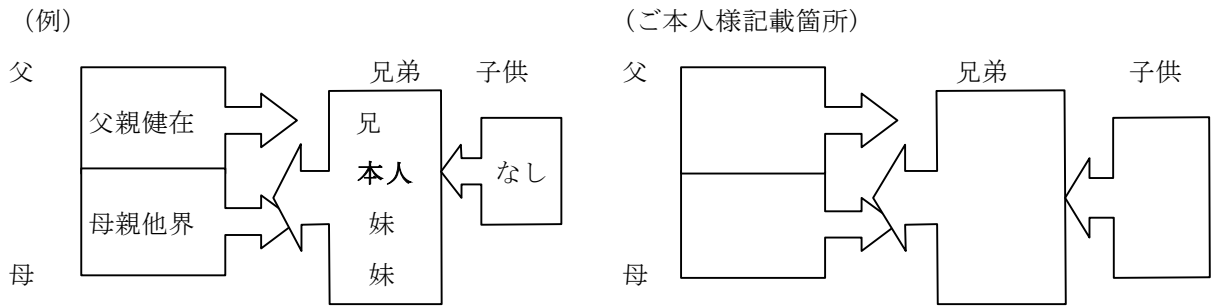
( \_\_\_\_\_ )

- 血のつながった方で心療内科又は神経科に受診中又はされた方はいますか？ はい / いいえ

おられる方のみ、どなたがどのような疾患かお分かりになる範囲でご記入下さい。

( \_\_\_\_\_ )

○ 家族構成について伺います：(例) を参考にご記入下さい



○ 婚姻歴のあるかたは、ご記入出来る範囲で御記載下さい：(例：○才時結婚、△才時離婚、□才時再婚)

○ 学校はどこまで進学されましたか？または、現在、通学されていますか？

中学・高校・大学(短大・4大)その他：( )・専門学校：卒業 / 在学中

○ 職歴を簡単にご記入下さい

○ 今まで以下の病気、その他大きな病気や手術を受けられたことがありますか？ はい / いいえ

→ 「はい」とお答えの方は以下より該当するものに○をつけて下さい。(複数選択可)

喘息・緑内障・糖尿病・心臓の病気・高血圧・けいれん・甲状腺疾患 ( )

外傷または手術 ( 歳の時： )

その他 ( )

○ 食べ物やお薬のアレルギーはありますか？ はい / いいえ

「はい」とお答えの方：それは何ですか？：( )

○ 今現在通院中の他の医療機関がありますか？ はい / いいえ

「はい」とお答えの方：病名、治療内容、内服されているお薬の名前等お分かりの範囲でご記入下さい：

○ 特別に信仰している宗教があればご記入下さい：特になし / はい ( )

○ タバコやお酒などの嗜好がありますか？： はい / いいえ

「はい」とお答えの方：(何を) (どの位ですか?)： /日・週

### 以下、女性の方のみお答え下さい。

○ 妊娠されている可能性はありますか？： 有 ・ 無 ・ 今は分からない

○ 月経についてお尋ねします。

・ 月経が始まったのは何歳頃ですか？： 歳頃 / 閉経された方：それはいつ頃ですか？ 才頃

・ 月経周期は何日位ですか？(始まった日から次の開始までの日数です) 日位

・ 周期は定期的ですか？： 定期的・不定期

・ 月経量について： 多い・普通・少ない

・ 最近で月経に関して変化があればご記入下さい。( )

以下、男性・女性の方ともに良くお読みの上、ご理解頂けた場合には下記にご署名をお願い致します。

- 1. 当院は、病棟のない診療所のため、また夜間診療を行っていない診療所の為、自傷行為や緊急を要する事など当院では対応しきれない事象があると判断させて頂いた患者様には他院へのご紹介をさせて頂いております。

**注：ご同意頂けない場合は、当院での診療はお引き受けかねます。予めご了承下さい**

**\* 私は上記 1 の内容を良く読み内容を理解致しましたので同意し下記に署名致します。**

署名日：       年    月    日    / お名前：(ご署名)：

---

- 2. また、ご家族様から病状説明やカルテ開示を求められた場合には、ご本人様のご承諾のもとで説明を致しております。

ご承諾頂けない場合には出来る範囲で結構ですので理由をご記入下さい。

**\* 私は上記 2 の内容を良く読み内容を理解致しましたので家族への病状説明・カルテ開示に同意し、下記に署名致します。**

署名日：       年    月    日    / お名前：(ご署名)：

---

**\*\* 私は、上記内容 2. に対して、同意致しません。**

署名日：       年    月    日    / お名前：(ご署名)：

---

理由：(可能な範囲で結構です)：

ご協力有り難うございました。Medical Salon 北参道ビーンズクリニック