

記入日： 年 月 日

記入者：本人・その他（ ）

フリガナ お名前	性別 男・女 (未記入可)
生年月日 T・S・H・R 年 月 日	年齢 才
現住所 〒	電話 ( ) 携帯 ( )

<p>① <u>当院をどこでお知りになりましたか？</u> Web 友人 当院通院中の方 その他</p> <p>② <u>緊急時連絡先</u> 氏名： 続柄： 電話番号：</p> <p>③ <u>受診の目的（複数選択可）</u> A) 診断（書）と治療を希望 B) 診断書だけを希望 C) その他（ ）</p> <p>④ <u>家族構成（同居の方に○をつけて下さい）</u>  配偶者 父 母 兄 姉 弟 妹 祖父 祖母 叔父 叔母 他親類 子供 男（ ）歳（ ）歳（ ）歳 女（ ）歳（ ）歳（ ）歳 その他（ ）</p> <p>⑤ <u>職業・職種 /教育歴（名称不要） /出身地</u></p> <p>⑥ <u>薬物アレルギー（有・無）</u></p> <p>⑦ <u>現在服用中の薬（常備薬・名称わかる範囲で）</u></p> <p>⑧ <u>その他（嗜好品）</u> たばこ 1日 本ぐらい  アルコール(種類 1日又は1週間の量) 日本酒 ビール 酎ハイ その他 を 1週間に 日：1日に 何本 位 コーヒ 杯/日 位 紅茶 日本茶 杯/日 位</p>	<p>⑨ <u>今つらい事は、どんな事ですか。</u> <u>下記よりいくつでも○で囲んで下さい。</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・不安感・緊張感・悲哀感（涙もろい）・焦燥感</li><li>・興奮・イライラ・躁状態（多弁/多動）</li><li>・攻撃性（ムツとする/カッとする）・自傷行為</li><li>・意欲低下・集中力低下・憂鬱・希死念慮等</li><li>・幻聴・被害的思考・悲観的思考・妄想（ ）</li><li>・不眠（寝付けない・中途覚醒・早朝覚醒）・過眠</li><li>・肩こり・疲労感・けいれん・パニック発作</li><li>・胸内苦悶・言動がおかしい・物忘れ・痴呆</li><li>・食欲不振・体重減少・拒食・過食・嘔吐</li><li>・動悸（ドキドキ）・頭痛・下痢・便秘・吐き気</li><li>・その他（ ） (詳細は裏面にお書きください)</li></ul> <p>⑩ <u>心療内科等受診歴・服薬歴について</u></p> <p>⑪ <u>⑩以外の受診歴・服薬歴について</u> ・緑内障・ぜんそく・重症筋無力症・前立腺肥大 ・糖尿病・心臓病・高血圧・出血性疾患 ・その他（ ） （ ） ・現在通院中の施設（ ） （ ）</p> <p>⑫ <u>女性の方へ ○又は×でご記入ください。</u> 妊娠されていますか。（ ） 授乳中ですか。（ ） (続いて裏面にもご記入ください)</p>
--	---

※ 症状が出たのはいつ頃ですか。又、どの様に推移してきましたか。  
初めから現在までの症状の経過をお書き下さい。

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

記入に要した時間（約 分）

- \*お薬は健康保険の規定内（日数・量）で処方されます。紛失・過量服薬時等には対応出来ません。
- \*各種診断書の発行の可否・内容・期間等につきましては専ら医師の判断によります。
- \*診察は予約制となります。診察の際は混み具合により時間が前後する事があります。