

初診の患者様

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎受診される方

ふりがな

生年月日

氏名 _____ 男・女 _____ 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____

電話番号 (_____) (職業 _____ / 無職)

携帯番号 (_____)

◎その他の連絡先 (家族または付き添いの方など)

ふりがな

氏名 _____ 男・女 _____ 続柄 _____

住所 〒 _____

電話番号 (_____) 携帯番号 (_____)

- ・必要に応じて保険証及び免許証をコピーさせていただく事があります。
- ・患者様の間違いをなくすために、氏名でお呼びだしさせていただきますが、差しつかえがある場合はお申し出下されば対応致します。

お手数ですが診察にあたり、次の質問にお答え下さい。該当項目に○を付けて下さい。

①当院を何で知りましたか？

- ・ホームページ (インターネット) ・タウンページ ・情報誌 (YOU)
- ・看板 ・バス車内放送 ・知人の紹介 ・その他 (_____)

②本日来院されたのは？

- ・本人の希望で来院した ・家人のすすめ ・知人のすすめ
- ・他の医療機関の紹介 ・介護認定のため
- ・その他 (_____)
- ・障害者手帳、療養手帳をお持ちの方にお尋ね致します。
障害者手帳 (_____ 級) 療養手帳 (_____ 級)

③どのような事で受診されましたか？

- ・イライラする ・不安な気持ちになる ・夜眠れない
- ・食欲がない ・何事にも意欲が起こらない ・身体がだるい
- ・最近物忘れがひどい
- ・その他 (_____)

[裏面に続く](#)

④ ③のような事はいつからですか？

- ・()日くらい前
- ・()ヶ月くらい前
- ・1年以上前()年位

⑤今の症状でどこかの病院を受診した事がありますか？

- ・ある(紹介状あり・なし)
- ・ない

⑥食べ物やお薬でアレルギー反応(湿疹、じんましんなど)を起こした事がありますか？

- ・ある(食品名または薬剤名)
- ・ない

⑦ビール、酒などアルコールを飲まれますか？

- ・飲む()日に()を()本くらい
- ・時々飲む
- ・全く飲まない

⑧現在、他の病院で治療を受けていますか？

- ・受けている{病名：糖尿病・高血圧・心臓の病気・その他()
病院名()}
- ・受けていない

⑨今までに大きな病気やケガや手術をした事がありますか？

- ・ある()才(病名)
- ・ない

⑩現在、何かお薬を飲まれていますか？

- ・飲んでいる(薬名)
- ・飲んでいない

⑪現在、どなたと同居されていますか？

- ・一人暮らし
- ・親
- 夫
- 妻
- 子供()人
- 孫()人
- ・その他

⑫女性の方へ

- 最終月経はいつ頃ですか？
- ・
- 月
- 日頃から
- ・ずっとない
- 月経は定期的にありますか？
- ・はい
- ・いいえ
- 現在、妊娠している可能性はありますか？
- ・はい
- ・いいえ

⑬緊急時に病院名を出してご自宅にお電話しても良いですか？

- ・はい
- ・いいえ

⑭その他、伝えたい事がありましたらお書き下さい。

(記述者)
