

初めて受診される方へ

以下の項目に分かる範囲で記入をしてください。

お名前	川がナ		性別	男・女
生年月日	M・T・S・H		年	月 日
住所	〒		電話	
			携帯	
職業			記入するのは ご本人ですか？	本人 本人以外→本人との関係:
①このクリニックを知ったきっかけは何ですか？		⑥今つらい事は、どんな事ですか？		
②家族構成(同居の方に○をつけて下さい)		<p>上記以外で、下記にあてはまるものがあれば、○で囲んで下さい</p> <ul style="list-style-type: none"> 不安・緊張・涙もろい・興奮・イライラ 多弁・多動・ムツとする・カッとする・自傷行為 意欲低下・集中力低下・憂鬱・死にたい気持ち 幻聴・被害的になる・悲しくなる・妄想 不眠・過眠・疲労感・けいれん・パニック発作 肩こり・胸内苦悶・言動がおかしい・物忘れ・痴呆 食欲不振・体重減少・拒食・過食・嘔吐 動悸(ドキドキ)・頭痛・下痢・便秘・吐き気 <p>それはいつ頃から起こりましたか？</p> <p>そのために医療機関にかかっていたか？</p> <p>かかっていない</p> <p>かかっていた→医療機関: 病名:</p>		
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()				
③薬物アレルギー(有・無)				
内容				
④現在服用中の薬(常備薬) 名称(わかる範囲で)				
⑥その他(嗜好品)				
たばこ _____ 1日 _____ 本ぐらい				
アルコール(種類)				
_____ 1日 _____				
⑤現在妊娠していますか？		⑦過去の病気(身体的・精神的)		
はい ・ いいえ		<ul style="list-style-type: none"> 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 その他() 		
現在授乳中ですか？				
はい ・ いいえ				