

《初めて受診される方へ》

診察までの間、以下の項目にご記入下さい。(なお、全て患者さんご本人についての質問です)

本日診察を受けられる方 (フリガナ) お名前 _____ (男・女) 年齢 _____ 歳

(住所) 〒 _____ - _____

(電話) _____ (職業) _____

(携帯電話) _____

同伴者 お名前 _____ 続柄 _____ 年齢 _____ 歳

1 本日はどのようなことがお困りでいらっしゃいましたか？

(_____)

2 いつ頃から具合が悪くなりましたか？ _____ 年 _____ 月頃より

3 前にも同じように具合が悪くなったことがありますか？ はい・いいえ

4 受診は本人の希望ですか？ はい・その他(_____)

5 今までに精神科・神経科・心療内科にかかったことがありますか？ はい・いいえ
→「はい」の方は、それは何歳の時ですか？ (_____ 歳) 病名(_____)

現在の病気以外に大きな病気やけが、事故または入院をされたことがありますか？
→それは何歳の時ですか？ (_____ 歳) 病名(_____)
(_____ 歳) 病名(_____)

6 今現在飲んでいるお薬がありますか？ はい・いいえ
→「はい」の方は、おわかりになる薬品名(_____)

7 現在の身長は(_____)cm、体重は(_____)kg

8 お薬や食べ物によるアレルギーがありますか？ はい・いいえ
「はい」の方、それは何ですか？(_____)

9 お酒は飲みますか？ はい・いいえ
「はい」の方、飲酒歴は？ (_____)年
飲酒回数？ 付き合い程度 ・ 週1回 ・ 週2.3回 ・ 週6日以内 ・ 毎日

10 タバコは吸いますか？ 吸わない・吸う(1日 _____ 本位、喫煙歴 _____ 年)

11 シンナー・大麻・麻薬・覚せい剤・エクスタシー(MDMA)などの使用経歴がありますか？
はい・いいえ
「はい」の方、(_____)を使用したことがある

12 最終学歴 (_____) 卒業・中退

13 あなたの出身・家族構成について教えてください
出身地(_____) (_____)人兄弟で(_____)番目
現在、結婚していますか？ _____ している(_____ 回目) ・ _____ していない
子供はいますか？ _____ いる(_____)人 ・ _____ いない
現在、一緒に住んでいる人を教えてください(_____)

14 血のつながった方で精神科や神経科の病気にかかったり、
同じ様な症状で病院に通院している(いた)方がいらっしゃいますか？
なし ・ あり → その方との続柄(_____)

15 当院をどこで知りましたか？
ホームページ _____ その他のホームページ(_____) 駅看板 _____ OPA内の看板
チラシ _____ ご紹介(_____) 雑誌 _____ 電話帳(タウンページ)
その他(_____)

ご協力ありがとうございました。