

# 《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。