

# 初診時間診表

患者様の基本情報となりますので正確にご記入くださいますようお願いいたします。  
 個人情報では当院の規定に従い管理し、目的以外の使用はいたしません。この用紙は記入後、受付にお渡しください。

フリガナ  
 患者様の氏名 ( ) 生年月日 (T・S・H 年 月 日) 男・女  
 郵便番号 ( ) 住 所 ( )  
 電話番号 ( ) 緊急連絡先 ( ) 続柄: ( )

1. どういうことがお困りでございましたか？

( )

2. いつ頃からお困りですか？

年 月頃 または 日前より

3. あてはまる状態がありましたら□に印をつけてください。

- \* 酒 □飲まない □たまに飲む □毎日飲む (量 )
- \* たばこ □すわない □たまにすう □いつもすう ( 本)
- \* 便通 □毎日ある □便秘がち □下痢気味
- \* 生理 □順調 □不順 □ない
- \* 睡眠 □眠れない □眠りが浅い □目覚めが悪い
- \* 食欲 □食欲がない □おいしくない □たくさん食べる □わずかししか食べない

- \* □ ちょっとしたことが気になる 確かめたくなる
- \* □ なにかにつけ不安になる
- \* □ 落ち着かない いらいらする
- \* □ 気分が沈み込む
- \* □ 職場、学校に行くのがおっくうである または休みがち
- \* □ いろいろな考えが浮かんでくる
- \* □ 自分にとって悪いことが起こりそうである
- \* □ 自分自身や人、物を傷つけそうになる
- \* □ 周りの人にはわからないが何かが見えたり聞こえたりする
- \* □ 物覚えが悪くなったり忘れっぽくなる
- \* □ 家事や仕事が手につかない
- \* □ 中毒ではないかと思う (アルコール、その他)

4. 家族 同居人はおられますか？

( )

5. あなたの身長と体重は？ \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

6. 薬 (注射) で気分悪くなったり湿疹がでたことは □ない □ある

※「ある」とお答えの方のみお答え下さい

どんな薬 (注射) でしたか？ □抗生物質 □ピリン剤

7. 今回の状態について、今までにどこかで相談、治療されましたか？

\*いつ頃 \*相談機関 あるいは病院名 \*通院 あるいは入院

( ) ( ) ( )

ご記入ありがとうございました。 当クリニックの受付にお渡し下さい。