

*****初めて診察を受けられる方へ*****

あさか心のクリニック

◆これは、医師が患者さんをより理解するための資料です。

書けるところだけでかまいませんので、ご記入をお願いいたします。

記入日： 年 月 日

記入者：ご本人・その他（ ）

フリガナ	生年月日	性別
氏名	明・大・昭・平 年 月 日 満 才	男・女
電話番号 (〒 -)		
住所		

① 診察をお受けになれる理由をお書きください。症状でも、ご相談内容でも結構です。
なるべくくわしく、具体的にお書きください

② いつ頃からのことですか？
平成（昭和） 年 月頃から（ 才の頃から）

③ 思い当たる理由がありますか？
①これといって理由は思い当たらない
②思い当たる理由がある（さしつかえなければ、お書きください）

④ 今までにそのことで、どちらかの病院・医師・クリニックなどにご相談に行かれましたか？
①診てもらっていない
②診てもらった
医療機関名（ ）（ 科）に、平成（昭和） 年 月まで、通院・入院

⑤ 今までに大きな病気や怪我をされたことはありますか？
_____歳の頃：平成（昭和） 年 月 病名：_____
_____歳の頃：平成（昭和） 年 月 病名：_____

⑥ 当院を受診されるきっかけは？
①ネットを見て（ 携帯またはスマートフォン ・ パソコン ・ タブレット端末 ・ その他（ ））
②知人から ③他院からの紹介 ④その他（ ）

⑦ 来院は： ひとりで ・ 付き添いあり（ 様 / 続柄 ）と一緒に来院

→→→→（裏面に続く）→→→→

⑧ あなたはこういった性格ですか？

自分ではどう思うか。周囲からはどう言われるかなどお書きください。

(たとえば、内向的とか外交的、きちょうめんとか神経質など)

⑨ 診断や診察の役にたつことがあります。さしつかえなければ、以下の項目もお答えください。

・ 出生地 ()

・ 生家のご職業 ()

・ 最終学歴 ()

・ 結婚歴はありますか： 未婚 ・ 既婚 / 平成(昭和) _____年 ・ 離婚 / 平成(昭和) _____年

・ 家族構成 ()

・ たばこは吸われますか？ 吸わない ・ 吸う (本/日)

・ 重症な感染症にかかったことは？ ない ・ ある ()

・ お酒 飲まない ・ 飲む (種類)

・ いつも飲んでいる薬は？

・ アレルギー(食物、薬、花粉など) ない ・ ある

・ 現在、妊娠の可能性 ない ・ ある

⑩ 上記以外でなにか参考になることや、希望されることがありましたらお書きください。

以上、ご協力ありがとうございます。

