**初めて診察を受けられる方へ**

 **受診日 年 月 日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ふ り が な** |  | 性 別 |
| **お 名 前** |  | **男 ・ 女** |
| **生 年 月 日** | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 （ ）才 |
| **ご 住 所** | 〒  |
| **電 話 番 号** | 自宅： | 携帯： |
| **※事務上の連絡** | いずれかに○印をつけてください ⇒ 自宅・携帯・その他（ ）連絡の際に｢大宮駅前ひるまこころクリニック｣と名乗ってもいいですか？ ⇒ 可 ・ 不可 |
| **緊急時の連絡先****（本人様以外）** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄： ） |

\*いつから、どのような症状がありますか？

|  |
| --- |
| ・いつからですか　 平成 ・ 昭和 年 月 日ごろから。 ・どのような症状ですか（記入例 気分が沈みこむ、眠れない、不安がつよい、人前で緊張する　など）・きっかけとなった出来事や状況ストレスなど、思い当たることがございましたらお書きください。 |

\*そのことで別の心療内科・精神科で診てもらいましたか？

|  |
| --- |
| a)いいえ（この項目の質問は終了です）**b)はい** **⇨平成 ・ 昭和　 　年　 　月　 　日ごろ 　　　 病院（ 外来 ・ 入院 ）****・その際どのように診断されましたか****・どのような治療を受けましたか**心療内科・精神科で処方されたお薬がございましたらご記入ください。その中で、現在も飲んでいるお薬がございましたら、お薬の名前に丸をつけてください。（記入例:デス）。（わかる範囲で結構です）※お薬手帳をお持ちでしたら、ご提出ください。**・お薬に関して、何か気になったこと（気になること）はございませんか** |

\*健康面について

|  |
| --- |
| **・以下の事柄で、当てはまるものがおありでしたら、丸をつけてください。**＜妊娠の可能性・高脂血症・高血圧・緑内障・前立腺肥大症・糖尿病・気管支喘息・過去に肝炎＞**・上記以外で、これまでに大きな病気や怪我はありましたか**　<*記入例>　23歳　虫垂炎　　手術にて完治　 43歳　リウマチ　内科にて薬物療法中　など。***・現在、お体のことで他の医療機関等から処方され、内服しているお薬がございましたら、以下にお書きください。****・今までで合わないお薬、副作用が強く出たお薬、アレルギー反応が出たお薬などございますか**　**・現在食べ物などのアレルギーはございますか。ございましたら、食品名と症状をお書きください。****・その他、何かございましたら、ご自由にお書きください。** |

\*生活面について

|  |
| --- |
| **\*睡眠について**平日　就寝　　時　　起床　　時　　　入眠障害（あり・なし）中途覚醒（あり・なし）熟眠感（あり・なし）休日　就寝　　時　　起床　　時　　　入眠障害（あり・なし）中途覚醒（あり・なし）熟眠感（あり・なし）**\*食事について**食欲はありますか　（ある・ない）お食事はどなたが作りますか（ご自身で・ご家族・外食や買ってくることが多い）お酒 ⇒ １日にﾋﾞｰﾙ 本 日本酒 合　　\*タバコ⇒１日に 本**\*現在のご職業**　（昭和・平成）　　年　　月から　　　　　　　　　　　　　　　　　それ以前の職歴もおありの方は、こちらにご記入ください。　*＜記入例＞　平成３年4月からアパレル関係　結婚による転居のため、平成６年３月に退職　など。***\*趣味や気分転換方法などはございますか** |
| 　生育地はどちらですか（　　　　　　　　　　　）　差し支えなければ最後の学校（　　　　　　　　　　　）　　　　 |

\*下記に、ご家族の続柄・年齢・ご職業・健康状態をご記入ください。（同居の方と同居以外の方を別々に）

（記入例）夫 56才、公務員、糖尿病 長女 26才、会社員、健康

|  |  |
| --- | --- |
| 同居している方 | 同居していない両親 ・ 兄弟姉妹 ・ 子  |

\*婚姻について ⇒ 未婚

　　　　　　　　 既婚 平成・昭和　　　　年　　　　月（　　　　 才のとき）

 離婚・死別 平成・昭和　　　　年　　　　月（　　　　 才のとき）

 再婚　　　　 平成・昭和　　　　年　　　　月（　　　　 才のとき）

\*本日の受診のことをご家族は知っていますか

（知っている・知らない）

\*本日同伴の方は いる ・ いない （いらっしゃる場合はご本人との続柄　　　　　　）

\*女性の方のみお答えください。

 下記で当てはまるものがございましたら丸をつけてください。

（妊娠中・授乳中・更年期の症状がある・ピルを飲んでいる）

\*当院をどのようにしてお知りになりましたか。いずれかに○印をつけてください。

|  |
| --- |
| ・当院ホームページ・他院などからの紹介（施設名　　　　　　　　　）・インターネット検索（Google、ヤフー、その他　）・医療検索サイト　　（gooヘルスケア　お医者さんガイド　病院なび　病院の通信簿　MEDWEB　エキテン）・口コミサイト　　　（Google カルー　その他　）・ドクターズファイル・駅案内・その他（　　　　　　　　　　　） |

\*記入者の氏名 　　　　　　　　（代筆の場合は、ご本人との続柄　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　☆ご協力ありがとうございました☆