

初めて受診を希望される方へ

西暦 年 月 日

以下の項目について、可能な範囲でご記入ください。

ふりがな ()

1) お名前 _____ 性別 (男 女) 2) ご職業 _____

3) 配偶者の有無 (有 無)

4) 生年月日 (大正 昭和 平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

5) ご住所 (〒 _____)

6) 電話番号 _____ 7) 同居家族 (ご自分を含めて) _____ 名

8) 同胞 (兄 _____ 名 弟 _____ 名 姉 _____ 名 妹 _____ 名)

9) 最終学歴 (中学卒 高校卒 専門学校卒 短大卒 大卒)

* 中途退学されていれば、その時期 _____

10) 職歴 職種をお書きください

入職は _____ 年 _____ 月 (退職している場合 _____ 年 _____ 月) * 複数の会社に勤めているときは、順を追って、入職の時期と退職の時期を記載してください

11) 発病の時期 (_____ 年 _____ 月ごろ)

12) 発病時の生活状況

13) 発病時の症状

14) 現在の生活状況

15) 受診状況（精神科、心療内科に関して）

#- 1 今回が初めての受診ですか？（はい いいえ）

<過去に受診された方>

最初に受診した医療機関名 _____

受診 _____年 _____月 _____日ごろ _____

#- 2 転医されている方へ

① このクリニックは何番目になりますか？ _____番目

② 今回、転医をされる理由は、おおよそどのようなことですか？

③ このクリニックを受診される動機または理由をお聞かせください

16) 服薬状況

① 効果があった薬の名前は何ですか？

② 無効だった薬の名前は何ですか？

③ 副作用が出た薬があれば、薬名と副作用の症状をお書きください

17) 医師に相談されたい内容を、具体的にご記入ください