

初めて診察をお受けになる方に

紹介状(診療情報提供書)をご持参の方は受付にご提出ください。

以下にわかる範囲でお書きいただき(5分程度)受付にお渡しください。詳細は問診・診察時に伺います。

令和	年	月	日	記入者： 本人 ・ 同伴者		
ふりがな			性別	自宅		
氏名			男・女	連絡先	携帯	
				E-mail		
生年月日	年	月	日 (歳)	最終学歴	婚歴	未婚・既婚 離婚歴有・再婚
住 所	〒		―	出身地	子供	有 (人) ・無
同伴者	ふりがな	続柄		本人職業	転職歴	
	氏 名	()			(無 ・ 有 _____ 回)	
現在の症状、お悩みお困りごとの概要を簡潔にお書きください。詳細は直接聞き取りいたします。(WEBや電話予約)						
思い当たる原因やきっかけはありますか？						
精神科・心療内科での受診歴： 有 (以下ご記入ください) ・無 病院 科(年 月～ 年 月まで) 通院・入院 病院 科(年 月～ 年 月まで) 通院・入院						
服薬中の薬： 効果の自覚：有・無						
当院への受診経緯：						
お体での大きな病気： 有 (以下ご記入ください) ・無 病院 科(年 月ごろ)入院・手術→治療継続中・終了 病院 科(年 月ごろ)入院・手術→治療継続中・終了 持病：糖尿病・緑内障・不整脈・その他： 服薬中の薬：						

身体状態

アレルギー：

ひきつけ・痙攣：有 ・ 無

体重：変わらない・やせた・太った(kg→ kg)

食欲：変わらない・増えた・減った

睡眠： _____時間 (_____:_____ ~ _____:_____)

睡眠の質：症状に○をつけてください

寝付けない・夜中目が覚める・目覚めが早い・寝た気がしない・夢が多い

お酒：飲まない ・ 飲む (週に 日、 1日に飲む量)

趣味・日課：

女性の方

月経：順 ・ 不順 ・ 無月経 ・ 閉経

妊娠の予定：有 ・ 無

下記の該当するものに○をお付け下さい

- | | |
|----------------|-----------------------|
| ・ 意欲がわからない | ・ 憂鬱 |
| ・ 不安 | ・ 誰かに見られている気がする |
| ・ 実際にはないものが見える | ・ 自分のことを噂されている気がする |
| ・ 落ち着きがない | ・ 姿が見えないのに話しかける声が聞こえる |
| ・ イライラしやすい | ・ 周囲に迷惑をかけている |
| ・ 興奮しやすい | ・ 物忘れが多い |
| ・ 朝起きるのがつらい | ・ 自分を傷つけたくなる |

当院をどちらでお知りになりましたか？

診断書作成のご希望がありましたら、希望される内容についてご記載ください。

※診察時に医師へもお申し出ください