



受診される方へ

西暦 年 月 日

- ◆ あなたの病気の診断と治療の大切な資料になりますので、わかる範囲で記入してください。
- ◆ ご本人が記入できない場合は、ご家族や代理の方が記入してください。
- ◆ わからない場合は、空欄にしておいてください。診察の際に直接お聞きします。

ふりがな			
氏名			男 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日 生まれ (歳)
住所	〒 -		
電話番号	自宅 ()	-	・ 携帯 () -

- 記入するのはご本人ですか？ (該当する数字に○で囲む)

1. ご本人	2. 代理の方の場合は、ご本人との関係は？ → ()
--------	-----------------------------

- 今回、受診したきっかけは？ (該当する数字に○で囲む。複数回答可)

1. 自分で判断して	4. 家族や教師、上司に勧められて
2. 他の医師に勧められて	5. 広告・電柱看板・バスステッカー・ホームページ 電話帳・その他 ()
3. 患者さんのご紹介	6. 保健所・教育相談所・医務室のご紹介

- 現在お困りの症状を3つ程度記入してください。 いつ頃から (～日前、～週間前、～カ月前、～年前)

1.	() 日前・() 週前・() カ月前・() 年前
2.	() 日前・() 週前・() カ月前・() 年前
3.	() 日前・() 週前・() カ月前・() 年前

- 現在までに別の病院にかかっていたか？

1. かかっていない	
2. かかっていた→病院名：	病名：
3. 現在通院中 →病院名：	病名：

- いつも服用している薬がありますか？あれば記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> • • •

- 今までの健康状態について記入（該当項目は○で囲む）してください。
 1. 生まれたとき（安産・難産・未熟児・仮死・その他→）
 2. ひきつけ・けいれん（ある・ない）
 3. 頭を強く打ったことは（ある・ない）
 4. 気を失ったことは（ある・ない）
 5. 血圧は（高いほう・ふつう・低いほう）
 6. 女性の方は妊娠（している・していない・わからない）
 7. 薬か食物でアレルギーになったことは（ある・ない）。ある場合はその名称（）
 8. 飲酒（毎日・時々・付き合い程度・飲まない）
 9. 喫煙（一日平均 本・ない） 禁煙：（ ）ヵ月前から・（ ）年前から
- 10. 現在の身長と体重を記入してください。

身長：約 cm	体重：約 kg
---	---

- 今までにかかった病気（入院・手術・長期通院など）とその年齢を記入してください。

病名：	
●	
●	
●	

- 現在の仕事・学校について記入してください。

職種は？ →（自由業・管理職・専門職・営業・事務・学生・主婦・無職・その他）
仕事の内容を具体的にお答えください。 →（ ）
今までに転職したことは？ →（転職したことはない・ 回した）

- 最終学歴を記入してください。

大学院・大学・短期大学・専門学校・高校・中学校・小学校・その他（ ）	在学中・卒業・中退
--	-----------

- ご家族について記入してください。

現在あなたを含めて何人で同居していますか？ 人

父： 歳 健康・死亡・病気がち→病名（ ）

母： 歳 健康・死亡・病気がち→病名（ ）

配偶者： 歳 健康・死亡・病気がち→病名（ ）

離婚したことが（ない・ある→ 回）

同胞： 人 子供： 人 その他： 人

- 同胞、子供、他の同居者の中に病気がちの人がいれば、間柄と病名を記入してください。

間柄：	病名：
-----	-----

- 親戚の中に、精神科や心療内科を受診したり、自殺をしようとした人がいますか？

いない・いる→間柄：	状態：
------------	-----

- 上記以外にご希望や気づいた点があれば記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> ● ● ●

→※ご記入ありがとうございました。受付にお出してください。