

みなみこころのクリニック 心療内科・精神科 初診時間診票

令和 年 月 日

患者様の基本情報となりますので正確にご記入くださいますようお願いいたします。

個人情報では院の規定に従い管理し、目的以外の使用はいたしません。ご記入後、受付にお渡しください。

フリガナ

患者様の氏名 () 生年月日 (T・S・H 年 月 日) 男・女

郵便番号 () 住所 ()

電話番号 () 緊急連絡先 () 続柄: ()

1. 今日はどういことがお困りでございましたか？

()

2. それはいつ頃からですか？ 何かきっかけはありましたか？

(年 月 頃 または 日前より)

3. あてはまる状態がありましたら□に印をつけてください。

* 酒 □飲まない □たまに飲む □毎日飲む (1日量;)

* 便秘 □毎日ある □便秘気味 □下痢気味 * 生理 □順調 □不順 □ない

* 睡眠 □眠れない □眠りが浅い □目覚めが悪い

* 食欲 □食欲がない □おいしくない □たくさん食べる □わずかしか食べない

* 持病や他科での治療を受けておられますか？

□ はい (病名; 使用中の薬剤;) □ いいえ

(病名; 使用中の薬剤;)

* 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ □ はい □ いいえ

4. 薬でのアレルギーがありますか？ □ ない □ ある

食物でアレルギーがありますか？ □ ない □ ある

※「ある」とお答えの方のみお答え下さい

どんな薬 (注射) でしたか？ 薬の名前 _____ 症状 _____

どんな食物でしたか？ 食物の名前 _____ 症状 _____

6. 今回の状態について、今までにどこかで心療内科・精神科で相談、治療されましたか？

*いつ頃

*相談機関あるいは病院名

*通院 あるいは 入院

() () (通院 ・ 入院)

7. ご紹介状・診療情報提供書はございますか？ □ ない □ ある

8. 自立支援医療(通院費一部公費負担制度)を御存じですか？

□ 適用中 □ 知っているが適用しない □ 知らない

9. 当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

□ 友(知)人 □ 広告看板・チラシ □ 紹介() □ その他()

ご記入ありがとうございました。