

初めて診察を受けられる方へ

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()-()-()	
※事務上の連絡先	いずれかに○印をつけて下さい⇒自宅・携帯・その他() 連絡の際「あおばクリニック」と名乗ってもいいですか⇒可・不可	

*** いつから、どのような症状がありますか**

・いつから⇒平成・昭和___年___月___日ごろから

・どのような症状がありますか（記入例）憂うつ・眠れない・不安・人前でひどく緊張する

・きっかけとなった出来事や状況・ストレスがあれば記入して下さい

*** そのことで、別の心療内科・神経科で診てもらいましたか**

a) いいえ b) はい⇒平成・昭和___年___月___日 _____ 病院（外来・入院）

*** 健康面について下記に当てはまる場合、○印をつけて下さい**

妊娠の可能性 緑内障 前立腺肥大症 糖尿病 気管支喘息 過去に肝炎 高脂血症 高血圧
薬で副作用の経験あり⇒（薬の名称と症状 _____ . _____ . _____ ）

お酒⇒1日に_____ タバコ⇒1日に_____本

*** その他、これまでに病気や大きなケガはありましたか**

年令___才・病名_____ 年令___才・病名_____

*** 現在、他の病院でお薬をもらっていますか**

a) いいえ b) はい ⇒お薬の内容 (_____)

*** 下記に、ご家族の続柄・年令・ご職業・健康状態をご記入ください（同居・同居以外を別に）**

（記入例）夫・54才・公務員・糖尿病 長女・26才・会社員・健康

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

*** 婚姻について⇒未婚・既婚・離婚・死別・再婚 平成・昭和___年___月 (___才のとき)**

*** 生育地と最終の学校 生育地_____ 学校_____ (卒・中退・在学中)**

*** 現在のご職業⇒平成・昭和___年___月から ご職業_____**

*** 記入者の氏名_____ 本人との続柄_____ ☆ご協力ありがとうございました**