

診察前に必要事項をご記入いただいております。

平成 年 月 日

ふりがな

患者氏名 \_\_\_\_\_ 明・大・昭・平 年 月 日生、 歳、 男・女、 既婚・未婚

患者職業 \_\_\_\_\_

記入者 ご本人 ・ ご家族 ・ 付き添いの方 (ご本人以外の場合、お名前と電話番号もご記入ください)

記入者のお名前 \_\_\_\_\_ ご連絡先 \_\_\_\_\_

受診は:ご本人の意思で・周囲にすすめられて・他医院の紹介で(名称: \_\_\_\_\_ )

① 今日はどうなさいましたか？(受診された一番強い理由を書いてください)

② いつ頃から症状がでましたか？また、何かきっかけはありましたか？( 年 月 日頃から)  
きっかけは、特にない・ある(内容: \_\_\_\_\_ )

③ その症状の経過を教えてください(なるべく詳しく書いてください)

④ 現在の症状で当てはまるものに○をつけてください

もの忘れする	興奮しやすい	日時場所がわからない	痛みや異常感が気になる
幻覚がある	独り言を言う	奇妙な行動をする	おかしい考えにとりつかれている
不安感がある	イライラする	ゆううつな感じがある	頭の回転が悪い 食欲がない
調子が高い	しゃべりすぎる	朝早く目覚めてしまう	体が思うように動かない 眠れない

以下の当てはまるものに○をつけてください

小学生時代気が散って忘れ物をしましたか？(いいえ・はい)

睡眠: 良・不良(寝付けない・途中で目が覚める・朝早く目覚める)

食欲: 良・不良、 体重減少: ヶ月で kg(増・減)、 便通: 良・不良(下痢・便秘)、 排尿: 良・不良

月経: 順・不順、 閉経: 歳

⑤ 今までに、心療内科・精神科・神経科・神経内科・脳外科を受診したことがありますか？(いいえ・はい)

医療機関名	治療期間	外来・入院	病名
( _____ )	( 年 月 ~ 年 月 )	( 外来・入院 )	( _____ )
( _____ )	( 年 月 ~ 年 月 )	( 外来・入院 )	( _____ )
( _____ )	( 年 月 ~ 年 月 )	( 外来・入院 )	( _____ )

ウラもあります

ほっとクリニック

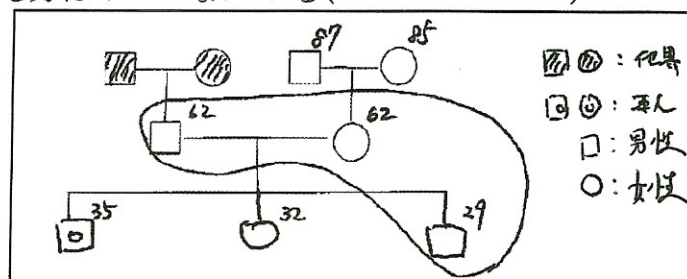
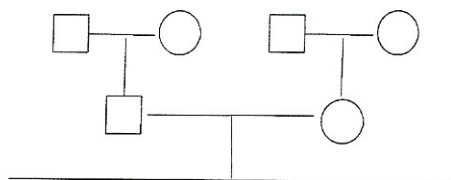


- ⑥ ・高血圧(いいえ・はい)、糖尿病(いいえ・はい)、緑内障(いいえ・はい)、喘息(いいえ・はい)  
 ・現在、心臓の病気(不整脈、狭心症、心筋梗塞、心不全)の治療を受けていますか？(いいえ・はい)  
 ・今まで健康診断や心電図検査を行って、何らかの指摘をされたことがありますか？(いいえ・はい)  
 ⇒(あれば)それはいつ頃、どのような指摘でしたか？(年月)( )  
 ・今まで失神を起こしたことがありますか？(いいえ・はい) ⇒(あれば)いつごろですか？(年月)

その他、これまでに大きな病気・けがをしたことがありますか？手術したことはありますか？

医療機関名	治療期間	外来・入院	病名	手術
( )	(年月～年月)	(外来・入院)	( )	(なし・あり)
( )	(年月～年月)	(外来・入院)	( )	(なし・あり)
( )	(年月～年月)	(外来・入院)	( )	(なし・あり)

- ⑦ 現在、飲んでいる薬はありますか？ ない・ある(薬剤名: )  
 ⑧ お薬・食べ物などでアレルギー症状を起こしたことがありますか？ ない・ある(内容: )  
 ⑨ ご家族について教えてください(同居されている方がいましたら囲んでください)  
 メンタルクリニック・心療内科・精神科などに通われている方は？ いない・いる( )



- ⑩ 今までの生活について教えてください  
 (お生まれの場所、これまでの住所、職歴、ご結婚歴など)

最終学歴: (成績:良・中・不良)  
 宗教: 特に無・有  
 趣味:  
 飲酒: 歳頃から1日 合(毎日・週 回)  
 煙草: 歳頃から1日 本  
 その他嗜好品:

- ⑪ 自分の性格について教えて下さい

・その他ご心配の点や、お話しした方が良いことなどがありましたら、お書き下さい。

ご協力ありがとうございます。順番が来ましたらお呼びいたしますので、お待ちください。