

北広島メンタルクリニック はじめて受診される方へ

平成 年 月 日 初診

フリガナ お名前	男・女 大・昭・平 年 月 日 (歳)	連絡先	携帯 自宅
ご住所	〒		
この用紙にお答えして頂くのはどなたですか？又はご一緒に来られた方はどなたですか			
1 患者様本人 2 同伴者様 氏名() 続柄() 連絡先()			
どのように当院をお知りになりましたか？			
医療機関 (病院・クリニック 科 先生) から 紹介状 (無 ・ 有)			
ホームページ ・ 電話帳 ・ 知人友人からの紹介 ・ 広告や看板 ・ 近隣 ・ その他 ()			

今日はどうされましたか？どのようなことでお困りですか？

いつ頃から上記の症状がありますか？

きっかけとなるような出来事はありましたか？

これまでに心や身体のご病気にかかれたことはありますか？

- ・ 年 月 ~ 年 月ごろ 病院名: 病名:
- ・ 年 月 ~ 年 月ごろ 病院名: 病名:
- ・ 年 月 ~ 年 月ごろ 病院名: 病名:

当院に対して、どのような治療を望まれますか？

(希望: 外来通院 ・ 入院 ・ 近医紹介 ・ その他)

ご利用されている福祉制度 (障害年金・自立支援医療受給者証・精神障害者手帳・療育手帳・介護保険制度)

会計時、明細書を無料発行することが出来ますが、発行を希望されますか？ (はい ・ いいえ)

患者様について教えて下さい。

北広島メンタルクリニック はじめて受診される方へ

平成 年 月 日 初診

眠れる・眠れない 寝つけない・途中で目が覚める・寝た気がしない・日中の眠気

食欲 (増えた・変わらない・減った) 体重 (増えた・変わらない・減った)

お酒 (飲まない・飲む 回/週) タバコ(吸わない・止めた・吸う 本/1日)

その他 (ギャンブルなど)

患者様の性格についてお知らせ願います。(几帳面・神経質・社交的・非社交的・ets)

・あてはまるものにチェックをつけてください

高血圧	糖尿病	喘息	食物アレルギー	薬物アレルギー	手術	
肝疾患	膵疾患	腎疾患	心疾患	甲状腺疾患	眼科疾患	その他

・飲んでいるお薬 お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。

・現在とこれまでの生活 退職されている方はかつての職業を教えてください

出生地 () 最終出身学校 () 在学 卒業 中退)

生活状況 (家族と同居・一人暮らし、就労・休職中・無職、就学・休学中)

現在の職業 (	仕事内容: (	)	在職期間 (	歳 ~	歳)
これまでの職業 (	仕事内容: (	)	在職期間 (	歳 ~	歳)
〃 (	仕事内容: (	)	〃 (	歳 ~	歳)

ご家族について教えてください。 亡くなっている場合は享年齢をご記入下さい。

兄弟・姉妹

子ども



ご協力ありがとうございます。ご記入後は受付にお渡しください。