

初診票

(初めて受診される方はご記入ください)

ご記入日 平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
お名前		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
ご住所			
電話		携帯	
緊急連絡先	(続柄:)		
職業	会社員 ・ 学生 ・ 自営業 その他 ()	勤務地	

1. 現在お困りの症状は何ですか？

2. 下記の項目のうちお困りの症状について□にチェックしてください。

- 呼吸困難 眠れない 眠りすぎる 食欲不振 不安がある
人前で緊張する 元気が出ない ゆううつ 悲しい しゃべり過ぎる
集中困難 気分がハイ 皆に噂されている 物忘れ
自分の考えが人に伝わる 何度も同じことを繰り返す

3. 今までにこの病気で治療を受けたことがありますか？ 受けた 受けていない

受けた方は医療機関名を記入して下さい。

医療機関名: _____ : _____年 _____月頃 (_____歳頃)

医療機関名: _____ : _____年 _____月頃 (_____歳頃)

4. 過去または現在治療している主な病気、けがについてお書き下さい。

①病名 _____ : _____年 _____月頃 (_____歳頃)

②病名 _____ : _____年 _____月頃 (_____歳頃)

5. お酒を飲みますか？ かなり飲む 飲む 飲まない

6. 常用しているお薬はありますか？ ある ない

7. 薬などにアレルギーはありますか？ ある ない

8. 当院を受診しようと思ったきっかけは何ですか？

- ホームページ インターネット タウンページ
知人・友人の紹介 医師の紹介 カウンセリング希望
医療機関の紹介(_____)
 (_____)保健所の紹介
その他(_____)

以上