

フリガナ		男・女	電話番号	自宅	
氏名				携帯	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	歳			
同伴者			続柄		
住 所	郵便番号 (-)				
以前に他の精神科で診察を受けたことがありますか？					
いいえ	はい (約 か月・年前) 病院・診療所				

1. 本日、あなたが受診された理由について具体的にご記入ください。

(いつから・どのような症状ですか?)

(きっかけとなった出来事はどのようなことがありましたか?)

2. 現在、通院されている病院はありますか？ お薬手帳があればご提出ください。

いいえ はい

3. 今までに大きな病気をしたことはありますか？

いいえ はい (病院名: 病名:)

4. アレルギーはありますか？

いいえ はい (薬: 食品:)

5. お酒は飲みますか？

いいえ はい 週に () 日 お酒の種類 () 量 ()

6. タバコは吸いますか？

いいえ はい 1日 () 本 () 年前に辞めた

7. 身長 (cm) 体重 (kg)

8. 現在の職業 () いつから ()

以前の職業 () いつから () いつまで ()

9. 最終学歴 (在学中・卒業・中退) 10. 出身地 ()

10. ご家族 (血縁の方) で、精神科を受診されたことのある方はいますか？

いいえ はい (どなたが)

11. 緊急連絡先

氏名	年齢:	続柄:	同居 別居
住所	郵便番号 (-)		電話番号

13. その他のご家族の方

氏名	年齢:	続柄:	同居 別居
氏名	年齢:	続柄:	同居 別居
氏名	年齢:	続柄:	同居 別居