

|  |   |
|--|---|
| フリガナ<br>お名前  | 性別 男・女  |
| 生年月日 大正・昭和・平成・西暦 年 月 日   | 年齢 歳  |
| 現住所 〒  |   |
| 電話番号 (自宅) (携帯)   |   |
| 緊急時連絡先 (名前) (続柄)   |   |
| <p>① 当院をどこでお知りになりましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>役所 <input type="checkbox"/>知人 <input type="checkbox"/>インターネット <input type="checkbox"/>他の医療機関</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>② 家族構成 (同居の方に☑をつけて下さい)</p> <p><input type="checkbox"/>配偶者 <input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母 <input type="checkbox"/>兄 <input type="checkbox"/>姉 <input type="checkbox"/>弟</p> <p><input type="checkbox"/>妹 <input type="checkbox"/>祖父 <input type="checkbox"/>祖母 <input type="checkbox"/>叔父 <input type="checkbox"/>叔母</p> <p><input type="checkbox"/>子供 男 ( ) 歳 ( ) 歳 ( ) 歳</p> <p>女 ( ) 歳 ( ) 歳 ( ) 歳</p> <p>③ 職業・職種 / 学校名・学年</p> <p>④ 薬物アレルギー (有・無)</p> <p>内容</p> <p>⑤ 現在服用中の薬 (常備薬)</p> <p>名称 (わかる範囲で)</p> <p>⑥ その他 (嗜好品)</p> <p>喫煙 <input type="checkbox"/>吸わない</p> <p><input type="checkbox"/>吸う (1日 本)</p> <p>飲酒 <input type="checkbox"/>飲まない</p> <p><input type="checkbox"/>たまに飲む</p> <p><input type="checkbox"/>ほぼ毎日飲む</p> <p>(1日 を 本(ml))</p> | <p>⑦ いつから、どのような症状がありますか？</p> <p>いつから 平成 年 月 日ごろから</p> <p>どんな症状がありますか？<br/>(記入例 眠れない、イライラする、不安が強い)</p> <p>そのことで別の心療内科・精神科で診てもらいましたか？</p> <p>いいえ</p> <p>はい 平成・昭和 年 月</p> <p>⑦ 過去の病気 (身体的・精神的)</p> <p><input type="checkbox"/>緑内障 <input type="checkbox"/>ぜんそく <input type="checkbox"/>重症筋無力症 <input type="checkbox"/>前立腺肥大</p> <p><input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>結核</p> <p><input type="checkbox"/>現在通院中/通院場所 ( )</p> <p>・その他ご記入下さい</p> <p>⑧ 妊娠中ですか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>⑨ 授乳中ですか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>⑩ 自立支援医療は利用されていますか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>⑪ 手帳はお持ちですか？</p> <p><input type="checkbox"/>精神障がい者手帳 ( 級)</p> <p><input type="checkbox"/>療育手帳</p> <p><input type="checkbox"/>A <input type="checkbox"/>B1 <input type="checkbox"/>B2</p> |