

はじめていしかわ心療・神経クリニックを受診される方へ

1 診察を受ける方のお名前など

フリガナ

お名前：

生年月日： 年 月 日

年齢： 歳（男・女）

お電話番号：

診察を受ける方と記入する方が異なる場合

記入する方のお名前：

診察を受ける方とのご関係：

（母親・父親・配偶者・息子・娘
他： ）

2 受診理由など

（どんなことが一番つらく気になりますか？それはいつからですか？）

どんなこと：

いつから：

3 いままでに、一度でも、心療内科、神経科、精神科を受診したことがありますか？

（あり・なし）

病名：

病院名：

4 いま受診している病院または、診療所はありますか？

（あり・なし）

病名：

病院名：

5 いま服用しているお薬はありますか？

（あり・なし）

病名：

病院名：

お薬の名前や内容がお分かりでしたら、医師にお伝え下さい（お薬やお薬手帳を持参して来ている場合はお見せ下さい）。

6 アレルギー（薬・食物など）はありますか？

（あり・なし）

お薬を飲んで心配なことはありますか？

7 いま妊娠している可能性はありますか？

（あり・なし）

8 お仕事は何ですか？

（退職された場合は、元〇〇と書いてください）

9 家族のことなど

家族：（ ）人暮らし

同居人：配偶者・父・母・兄・姉・
弟・妹・子供（ ）人・祖
父・祖母・その他（ ）

きょうだい：（ ）人の（ ）番目

配偶者：（あり・なし）

10 当クリニックを受診することを何で決めましたか？

- ・他の病院からの紹介・電話帳をみて
- ・知人から聞いて・以前から知っていた
- ・駅の看板をみて・ホームページをみて
- ・他（ ）

★ご協力、ありがとうございました！！



いしかわ心療・神経クリニック