

当クリニックを初めて受診される方へ

受診日 令和 年 月 日

※ご記入いただいた内容は診察を受けていただく為のものであり、他の目的に用いられることはありません。

氏名 _____ (歳) (男 ・ 女)

◆ 記載者： 本人 ・ 代理 → (本人との関係 _____)

◆ 今日はどなたと一緒に来られていますか？ (ご関係： _____)

◆ 今日はどのようなことで受診されましたか？

(_____)

◆ その他に困っている症状はありますか？

(_____)

◆ 配偶者 (氏名： _____ 年齢 _____ 歳) (未婚 ・ 離別 ・ 死別)

◆ 子供 ① (氏名： _____ 年齢 _____ 歳)

② (氏名： _____ 年齢 _____ 歳)

③ (氏名： _____ 年齢 _____ 歳)

◆ 現在どなたと一緒に住んでいますか？ [_____]

◆ 血縁者で精神的な病気の方はいますか？ [_____]

◆ 病院以外で処方されたお薬等をお飲みですか？ (市販薬 ・ 漢方 ・ サプリメントを含む)

(お薬 ・ サプリメント名： _____)

◆ 以下の病気はお持ちですか？

糖尿病 緑内障 甲状腺疾患 心疾患 アレルギー性疾患

◆ 現在・過去にかかった病気と年齢

① 病名 _____ 年齢 _____ 歳 病院名 _____ (完治 ・ 治療中)

② 病名 _____ 年齢 _____ 歳 病院名 _____ (完治 ・ 治療中)

③ 病名 _____ 年齢 _____ 歳 病院名 _____ (完治 ・ 治療中)

◆ アレルギー (お薬 ・ 注射 ・ 食べ物 ・ その他) はありますか？

(内容： _____)

ご記入が終了しましたら、窓口までお持ちください

札幌佐藤メンタルクリニック (R6.10 改訂)