

フリガナ お名前	性別 男・女
生年月日 M.T.S.H. 年 月 日	年齢 才
現住所 〒	電話 ( )

<p>◎マイナ保険証による診療情報取得に  <u>同意する</u> ・ <u>同意しない</u></p> <p>記入者：本人・その他 ( )</p> <p>① 当院をどこでお知りになりましたか？  Google・Yahoo!・Doctor's File  産業医・会社の健康支援室、役所、  その他、  _____</p> <p>②家族構成(同居の方に○)  _____</p> <p>③職業・職種/学校名・学年  _____</p> <p>④薬物アレルギー（有・無）  内容  _____</p> <p>⑤現在通院中の医療機関と、服用中の薬の名称  _____</p> <p>⑥その他（嗜好品）  <u>たばこ</u> 1日 _____ 本ぐらい  <u>アルコール</u>    <u>コーヒー</u> _____ 杯  <u>紅茶・緑茶</u> _____ 杯</p>	<p>⑦今つらい事は、どんな事ですか。  <u>下記よりいくつでも○で囲んで下さい。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・不安感・緊張感・悲哀感(涙もろい)・焦燥感</li> <li>・意欲低下・集中力低下・ゆううつ・死にたい気持ち</li> <li>・興奮・イライラ・そう状態(爽快感/多弁/多動)</li> <li>・攻撃性(ムツとする/カッとする)・自傷行為</li> <li>・幻聴・被害的思考・悲観的思考・妄想( )</li> <li>・不眠(寝付けない・中途覚醒・早朝覚醒)・過眠</li> <li>・肩こり・疲労感・けいれん・パニック発作</li> <li>・胸内苦悶・言動がおかしい・物忘れ・痴呆(認知症)</li> <li>・食欲不振・体重減少・拒食・過食・嘔吐・胃痛</li> <li>・動悸(ドキドキ)・頭痛・下痢・便秘・吐き気</li> <li>・その他( )</li> </ul> <p>⑧過去の病気（身体的・精神的）  _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緑内障・ぜんそく・重症筋無力症・前立腺肥大</li> <li>・その他 ご注意下さい</li> </ul> <p>( )</p> <p>⑨健診・過去1年で（受けた・受けていない）  _____</p> <p>受けている場合、その指摘事項</p> <p>⑩女性の方へ _____  妊娠中 ( )、授乳中 ( )</p> <p>⑪今日相談したいことはどんなことですか?(複数可)</p> <p>記入しきれない場合は、予診の際にお話下さい。  裏面にもご記入お願いします→</p>
---	--

症状が出たのはいつ頃ですか。また、どのように推移してきましたか。  
初めから現在までの症状の過程をお書きください。

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

緊急連絡先（携帯電話等）：

本日のご来院を家族・知人にお話しされていますか？      はい      ・      いいえ