

はじめて診療を受けられる方へ

記入日 年 月 日

フリガナ	

お名前	
男・女	
生年月日	S H 年 月 日 () 才
住所〒	連絡先 ☎： (本人・自宅・その他 ()) 緊急時： (本人・自宅・その他 ())
・ご紹介元があればお書きください。	
①今日ご相談されたいことはどんなことですか。	
②アレルギーや副作用で服用できないお薬はありますか。	
③他に現在通院中・治療中の病気はありますか。 (有 無) 有のかたは病名と医療機関名、服用中のお薬をお書きください。	
④診断を受けたことがあるものに○をして下さい。 ・緑内障 ・喘息 ・糖尿病 ・前立腺肥大	
⑤同居家族はいらっしゃいますか。 (有 ・ 無) 有の方は同居者に○ ・父 ・母 ・同胞 () ・配偶者 ・子 () ・他 ()	
⑦お仕事の内容・最終学歴をお書きください。(学生の方は学校名・学年・学科など)	
⑧以下の質問にお答えください。 ・アルコール： 飲まない ・ 飲む(回数 量) ・タバコ： 吸わない ・ 吸う(本/日 年間) <女性のかたへ> : 現在妊娠している ・ 妊娠していない ・ 授乳中	

*ありがとうございました。ご記入が終わりましたら受付までお持ちください。

ただメンタルクリニック