

＜心療内科初診時間診票＞ お名前 _____ (記入日: 年 月 日)
身長 _____ c m 体重 _____ Kg

他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は受付へお渡しください。

アレルギーはありませんか

1. のみ薬、注射薬のアレルギー(抗菌薬、造影剤、かぜ薬、痛み止め など)

☐ なし ☐ あり 薬品名 _____ 症状 _____

2. 食物アレルギー(卵、乳製品、牛肉、そば、小麦、かに、えび、ピーナツなど)

☐ なし ☐ あり 食品名 _____ 症状 _____

3. その他のアレルギー(アルコール、ゴム製品など)

☐ なし ☐ あり 物質名と症状 _____

【1】いつ頃から どのようなことで お困りですか？

(例) 昨年 12 月頃	から	寝つきが悪い
	から	
	から	
	から	

【2】前にも同じようなことがありましたか？ (有 / 無)

【3】これまで精神科や心療内科を受診したことはありますか？ (通院中 / 過去に通院 / 無)

【4】これまで大きな病気をされたことがありますか？現在通院中なら番号に○をつけてください。

I _____ II _____ III _____

【5】現在定期的に飲まれているお薬はありますか？ (有 / 無)

名前がおわかりの方はご記入ください。 _____

【6】日常生活について、おたずねします。

睡眠 / _____ 時間程度 食欲 (良 / 普通 / 不良)

便秘 (便秘気味 普通 下痢気味) タバコ (本 / 日、吸わない)

お酒 (ビール 本 / 日、日本酒 合 / 日、他 / 日、飲まない) _____

⇒裏面に続きます

【7】女性のかたのみお答えください： 生理は順調ですか？ （ 順調 / 不調 / 閉経 ）

現在、妊娠の可能性はありますか？ （ ある / ない ）

当院はマイナ保険証によるオンライン資格確認により診療情報及び薬剤情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。

簡単な心理テストを行っています。ご希望の方は記入してください。

希望されない方、記入時間のない方は、記入せずそのまま返却してください。