

初めて診察を受けられる方へ

フリガナ

氏名 () 男・女

生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳)

住所 (〒 -)
(県)

電話番号 (- -)

何かありました際、当院から電話させて頂くことは可能ですか？ (はい・いいえ)

①お悩みの症状を教えてください。どんなささいな事でも構いません。
あなたをより理解するために、なるべく詳しくお書き頂けると助かります。
(例：○週間前から眠れない、落ち込んでしまう。など)

②何か思い当たるきっかけはありましたか

ある () ・ ない

③以前に精神科、心療内科にご通院されたことはありますか。

ある (病院名： 時期：) ・ ない

④現在、治療中の病気はありますか。

ある (病名：) ・ ない

⑤これまでに大きな病気をされたことはありますか。

ある (病名：) ・ ない

お薬手帳があればご提出頂けると助かります

⑥ご家族様で精神科、心療内科に通院歴のある方はいらっしゃいますか。

ある (続柄： 病名：) ・ ない

⑦薬、食べ物でアレルギーはありますか。

ある () ・ ない

⑧女性の方へ

現在、妊娠中ですか？ はい (週) ・ いいえ ・ 可能性がある

⑨何かご希望がありましたら教えてください。

「

」



ご協力頂きまして、ありがとうございました。
受付にご提出頂き、番号をお呼びするまでお待ち下さい。

いなざわこころのクリニック