

*****初めて診察を受けられる方へ*****

江古田みずのクリニック

◆これは、医師が患者さんをより理解するための資料です。
書けるところだけでかまいませんので、ご記入をお願いいたします。

記入日: 年 月 日

フリガナ	生年月日	性別
氏名	明・大・昭・平 年 月 日 満 才	男・女
(干 -)	電話番号	
住所		

- ① 受診は、どなたのご希望ですか？ ご本人 ご家族 知人・ご友人
- ② この問診票を記入されているのはどなたですか？ ご本人 ご家族()
- ③ 物忘れでお悩みでしょうか？「はい」をチェックされた方は、いつ頃からかお書きください。

はい いつ頃から()

はいをお選びの方は、⑦番の学歴の質問へお進みください。

いいえ

- ④ 下記の症状で当てはまるものはありますか？
- 眠れない 気分が落ち込む その場にはいない人の声が聞こえる
- 疲れやすい 周りの人が自分の悪口を言っている アルコールに依存する傾向がある
- それ以外の症状()
- ⑤ これまでに心療内科・神経科・精神科にかかれたことはありますか？ いいえ はい
- 「はい」をチェックされた方は、いつ頃、どちらにかかれていたかお書きください。
- いつ頃() 医療機関名()

- ⑥ シンナー、大麻、危険ドラッグなどの薬物乱用についてお聞きします。

乱用したことは一度もない 乱用したことがある

- ⑦ 学歴についてお書きください。

高校 専門学校 短期大学 大学 大学院 通信制

在学中(年生) 卒業 中途退学

→→→→(次ページに続く)→→→→

⑧ 家族構成を教えてください。続柄・年齢・同居の有無などを、わかる範囲でお書きください。

※もしご家族に大きなご病気があればそれもお書きください

例 父(55歳 同居 大腸がん) ()

⑨ 糖尿病や高血圧を指摘されたことはありますか？ 糖尿病 : ある ない 高血圧 : ある ない

⑩ ⑨以外に、現在治療中の病気、これまでに治療を受けた病気はありますか？

ある ない

ありましたら、わかる範囲で病名・治療期間・医療機関名・診療科目名などをお書きください。

病名() 治療期間()

医療機関() 診療科目()

⑪ 現在飲まれているお薬はありますか？

なし あり↓

どんなお薬ですか？お薬手帳をお持ちの方は拝見します。

()

⑫ お薬や食物のアレルギーはありますか？ お薬で強い副作用が出たことはありますか？

ない ある()

⑬ 飲酒についてお聞きします。

飲まない 飲む (種類 頻度)

⑭ 女性の方にお聞きします。現在妊娠のご予定はありますか？ ある ない

⑮ 当院をお知りになったきっかけを教えてください。

クリニックのパソコンホームページ クリニックのスマホホームページ 知人・ご家族からのお勧め

他医療機関()からのご紹介 通りがかり

その他()

※ 以上です、ご協力ありがとうございました。

その他に何かございましたら、お書きください。



江古田みずのクリニック
EKODA MIZUNO CLINIC