

初めて診察を受けられる方へ



春香メンタルクリニック

記入日:平成 年 月 日

ふりがな	
お名前	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)
ご住所	〒()-()
電話番号	自宅()-()-() 携帯()-()-()
※事務上の連絡先 いずれかに○印をつけて下さい ⇒ 自宅・携帯・その他() 連絡の際「春香メンタルクリニック」と名乗っていいですか ⇒ 可・不可	

いつから、どのような症状がありますか

- ・いつから ⇒ 昭和・平成 ____年 ____月頃から
- ・どのような症状がありますか (記入例) 憂うつ・眠れない・不安 など

[]

- ・きっかけとなった出来事や状況・ストレスがあれば記入して下さい

[]

ご自分はどのような性格だと思いますか

[]

今までに同じような症状で治療を受けたことはありますか

- a) いいえ b) はい ⇒ 昭和・平成 ____年 ____月 ____病院 (外来・入院) した
- a) いいえ b) はい ⇒ 昭和・平成 ____年 ____月 ____病院 (外来・入院) した

現在治療中・通院中の病気がありますか

- a) いいえ b) はい ⇒ 病名() 病院名()

現在、服用されているお薬はありますか

- a) いいえ b) はい ⇒ お薬名()

健康面について下記に当てはまる場合、○印をつけて下さい

- 糖尿病・気管支喘息・高血圧・緑内障・過去に肝炎・高脂血症・前立腺肥大症・妊娠の可能性
- お酒 ⇒ 1日に _____ タバコ ⇒ 1日に _____ 本

お薬や食べ物にアレルギーはありますか

- a) いいえ b) はい ⇒ ()

これまでに、大きな病気やケガはありましたか

- 年令()才 病名() 年令()才 病名()

現在のご職業 ⇒ 昭和・平成 ____年頃から ご職業()