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：令和　　年　　月　　日

ふりがな	
お名前	
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）
ご住所	〒（　　ー　　）
電話番号	自宅（　　）ー（　　）ー（　　）　携帯（　　）ー（　　）ー（　　）
※緊急の連絡先	いずれかに〇印をつけて下さい ⇒ 自宅・携帯・その他（　　） 連絡時、クリニック名を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・令和＿＿＿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

（　　）

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・令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿＿＿＿＿病院（通院・入院）した

a）いいえ　b）はい ⇒ 昭和・平成・令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿＿＿＿＿病院（通院・入院）した

現在治療中の病気がありますか

a）いいえ　b）はい ⇒ 病名（　　）　病院（　　）

薬剤名（　　）

病名（　　）　病院（　　）

薬剤名（　　）

生活習慣について記入してください

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（　　）歳　病名（　　）　年令（　　）歳　病名（　　）

現在のご職業 ⇒ 昭和・平成・令和＿＿＿＿年頃から　ご職業（　　）