初めて診察を受けられる方へ

ふりがな お名前	生年月日　大・昭・平・令　　年　　月　　日 性別　男・女
ご住所（〒　　）	
電話　自宅（　　）	携帯（　　）

当院からの連絡　いずれかに〇をつけて下さい　⇒　　自宅・携帯・その他（　　）

連絡の際、「あきメンタルクリニック」と名乗ってもよいですか　⇒　可　・　不可

いずれかに〇をつけて下さい　⇒　ご本人の希望で　・　家族の勧めで　・　知人の勧めで　　来院した

＊いつからどのような症状がありますか

いつから　⇒　令和・平成・昭和　　年　　月　　日頃から

どの様な症状がありますか(きっかけとなった出来事や状況、ストレス等できるだけ具体的に記入してください)

[　　]

当てはまるものに〇をつけて下さい
気分が落ち込む　興味が持てない　やる気が出ない　体がだるい　食欲が無い　眠れない　いらいら 元気すぎる　怒りっぽい　興奮　ないものが見えたり聞こえたりする　動悸　呼吸が上手く出来ない 赤面　人と話すときに緊張する　何度も確認しないと気が済まない　物忘れ

＊その症状を別の心療内科・精神科で診てもらいましたか

a）　いいえ　　b）　はい　⇒　令和・平成・昭和　　年　　月　　日　病院＿＿＿＿＿＿

＊健康面について当てはまるものに〇をつけて下さい

糖尿病　高脂血症　高血圧　緑内障　前立腺肥大症　喘息　肝炎　妊娠の可能性

＊その他、これまでに大きな病気や怪我はありましたか

年齢　　歳　・　病名＿＿＿＿＿＿＿＿

＊現在他院でお薬をもらっていますか

a）　いいえ　　b）　はい　⇒　お薬の内容＿＿＿＿＿＿　　病院名＿＿＿＿＿＿

＊薬の副作用の経験あり　　⇒　（薬の名称と症状：　　）

＊嗜好品についてお答え下さい　　お酒　⇒　一日＿＿＿ml　　タバコ　⇒　一日＿＿＿本

＊ご家族の続柄・年齢・ご職業・健康状態をご記入下さい

例）夫・54 歳・公務員・糖尿病

（　　）

＊婚姻について　⇒　未婚・既婚・離婚・死別・再婚　　令和・平成・昭和　　年のとき

＊生育地と最終の学校　⇒　生育地＿＿＿＿＿＿　学校＿＿＿＿＿＿卒業・中退・在学中

＊現在のご職業　⇒　令和・平成・昭和　　年　　月から　　ご職業＿＿＿＿＿＿＿＿

記入者の氏名（　　）　本人との続柄（　　）

＊現在所持されている公的制度

精神障害年金	無し・有り（　　級）	更新時期	（　　年　　月）
精神障害者保健福祉手帳	無し・有り（　　級）	更新時期	（　　年　　月）
自立支援医療	無し・有り	有効期間	（　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）