初めて診察を受けられる方へ

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	いずれかに〇印をつけて下さい⇒自宅・携帯・その他(　　) 連絡の際「レディースメンタルクリニック・カナリア」と名乗ってもいいですか⇒可・不可

＊ いつから、どのような症状がありますか

・いつから⇒平成・昭和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日ごろから
・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・人前でひどく緊張する

・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

＊ そのことで、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⇒平成・昭和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日＿＿＿＿＿＿病院（外来・入院）
a)いいえ　b)はい⇒平成・昭和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日＿＿＿＿＿＿病院（外来・入院）
a)いいえ　b)はい⇒平成・昭和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日＿＿＿＿＿＿病院（外来・入院）

＊ 健康面について下記に当てはまる場合、〇印をつけて下さい

妊娠の可能性　緑内障　前立腺肥大症　糖尿病　気管支喘息　過去に肝炎　高脂血症　高血圧
薬で副作用の経験あり⇒（薬の名称と症状　　・　　・　　・　　）

お酒⇒1日に＿＿＿＿＿＿＿＿ タバコ⇒1日に＿＿＿＿本

＊ その他、これまでに病気や大きなケガはありましたか

年令 ＿＿才・病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。　年令 ＿＿才・病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。

＊ 現在、他の病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（　　）
a)いいえ b)はい ⇒お薬の内容（　　）
a)いいえ b)はい ⇒お薬の内容（　　）

＊ 婚姻について⇒未婚・既婚・離婚・死別・再婚　　平成・昭和 ＿＿年＿＿月（＿＿才のとき）
＊ 生育地と最終の学校　　生育地＿＿＿＿＿＿ 学校 ＿＿＿＿＿＿（卒・中退・在学中）
＊ 現在のご職業⇒平成・昭和＿＿年 ＿＿月から ご職業＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。
＊ 記入者の氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿本人との続柄＿＿＿＿＿＿☆ご協力ありがとうございました