

初めて診察を受けられる方へ

ふりがな		カルテNo.	
お名前		初診日	/ /
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 () 才
ご住所	(〒 -)		
電話番号	自宅 () - () - () 携帯 () - () - () 携帯会社 Do・SB・au		
現在のご職業	[昭和・平成] 年 月から 会社員 () 自営・主婦・無職・その他 ()		
事務上の連絡先	・いずれかに○印をつけてください。 ⇒ 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 ⇒ 昭和・平成 年 月 日 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・人前でひどく緊張する

* あてはまる症状に○印をご記入ください。

体 力	ある方	ないほう	
汗	汗かき	汗かきでない	
肌	カサカサ	カサカサでない	
冷 え	ある (部位は :)	ない	
のぼせ	ある	ない	
めまい	ある (雨の日におきやすい はい・いいえ)	ない	
食 欲	ある	ない	
胃	丈夫なほう	丈夫でない	
食の嗜好	熱いものが好き	冷たいものが好き	
お通じ	良い	悪い (日に一度)	下痢傾向
便 臭	強い	弱い	
尿の色	濃い	薄い	
夜間尿	ある	ない	
ほてり	ある	ない	
むくみ	ある	ない	
排尿の状況	尿が近い	尿が遠い	近くも遠くもない
不 眠	ある	ない	
イライラ感	ある	ない	