

初めて受診される方へ

記入日：令和 年 月 日

フリガナ

名前 (男・女) 昭和・平成 年 月 日生 () 歳

郵便番号 (-)

住所

自宅電話

携帯電話

職業・職種

勤務形態 (日勤・夜勤・二交代・三交代)

◆いつ頃から、どのような症状がありますか？

◆現在、通院中の病院はありますか？ (ある/ない)

(病院名： 病名： いつから：)

◆過去に、精神科・心療内科を受診したことはありますか？ (ある/ない)

通院時期 (昭和・平成・令和 年 月頃 ~ 昭和・平成・令和 年 月頃まで)
診断名 () 病院 ()

◆治療歴のある病気はありますか？ (ある/ない)

糖尿病・高血圧・緑内障・心臓病・睡眠時無呼吸症候群

(病院名： いつ頃：)

◆上記以外で治療歴のある病気はありますか？ (ある/ない)

(病名： 病院名： いつ頃：)

◆現在、妊娠中もしくは妊娠している可能性はありますか？ (ある/ない)

◆今までに使った薬や注射で具合が悪くなったことがありますか？

(ない/ある → いつ頃： 薬品名：)

◆食物アレルギーはありますか？

(ない/ある → いつ頃： 食物名：)

◆利用している福祉サービス等ありますか？ (例：障害者年金、障害者手帳、介護保険等)

(ない/ある →)

◆睡眠中に以下のことがありますか？

①いびきが大きい、呼吸が止まると言われる はい/いいえ

②寝言を言う はい/いいえ

◆喫煙されていますか？ (しない/する→ 本/日)

◆お酒は飲みますか？ (飲まない・ほぼ毎日・3、4日/週・1、2日/週) (1回量 ml)

◆当クリニックを何で知りましたか？

看板 (クリニック前) 人から聞いて 医師にすすめられて インターネット

その他 ()

※書き終わりましたら、受付までお持ちください※