**受診される方へ**

ふ　り　が　な

**患者氏名** 　　　　　**明・大・昭・平　　年　　月　　日生**、　　　**歳、　　　男　・　女**

**住所**　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**TEL**　　　-　　　　-　　　　　.

**患者職業**

**記入者 ご本人　・　ご家族　・　付き添いの方**（ご本人以外の場合、お名前と電話番号もご記入ください）

**記入者のお名前**  **ご連絡先**

【わかる範囲でご記入下さい】

■**受診は：**ご本人の意思で ・周囲にすすめられて ・他医院の紹介で（名称：　　　　　　　　　　　　　　　 ）

■「**ペディ汐留こころとからだのクリニック」を何でしりましたか？**

1.紹介（　　　　　　　　　　 　）　　2.インターネット　（ホームページ・ EPARK）　　3.その他（　　　　　　　　　　）

■**今日はどうなさいましたか？**（受診された理由・症状を書いてください）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　.

■**その他、現在の症状で当てはまるものに☑をつけてください。**

□もの忘れする　　□興奮しやすい　　□日時場所がわからない　□痛みや異常感が気になる

□幻覚がある　　　 □独り言を言う　　　□奇妙な行動をする　　　 □おかしな考えにとりつかれている

□不安感がある　　□イライラする　　　□ゆううつな感じがある　　 □ 頭の回転が悪い　 □食欲がない

□調子が悪い　　 □しゃべりすぎる　 □朝早く目覚めてしまう　　□体が思うように動かない　□眠れない

■**いつ頃から症状がでましたか？**（ 年 月 日頃から）

きっかけは、特にない ・ ある（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

■**これまでに大きな病気・けがをしたことがありますか？手術したことはありますか？**

病名　　　　　　　　　　　　年齢　　　　治療期間　　　　　外来・入院　 　　 手術

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　（　　　）（　　　　　　　　　　）　（　外来・入院　）　（なし・あり）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　（　　　）（　　　　　　　　　　）　（　外来・入院　）　（なし・あり）

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　（　　　）（　　　　　　　　　　）　（　外来・入院　）　（なし・あり）

■**現在、飲んでいる薬はありますか？**　　ない ・ ある（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

■**お薬・食べ物などでアレルギー症状を起こしたことありますか？**　ない ・ ある（内容：　　　　　　　　　 　　）

■**ご家族についてお書き下さい。**

　　父　　　：　　歳　　健康 ・ 死亡 ・ 病気がち（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　母　　　：　　歳　　健康 ・ 死亡 ・ 病気がち（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　配偶者：　　歳　　健康 ・ 死亡 ・ 病気がち（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　離婚したことが（ ない ・　ある→　　　　回 ）

**兄弟と子供：出生した順にお書きください**　（例：兄、妹、長男など）

　　　　　　：　　歳　　健康 ・ 死亡 ・ 病気がち（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　：　　歳　　健康 ・ 死亡 ・ 病気がち（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　：　　歳　　健康 ・ 死亡 ・ 病気がち（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　：　　歳　　健康 ・ 死亡 ・ 病気がち（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　：　　歳　　健康 ・ 死亡 ・ 病気がち（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

■**親戚の中に、心療内科や精神科を受診したことのある方、自殺をしようとしたことがある方はいますか？**

　　いない　・　いる →（本人との関係：　　　　　　　　　　　　）（状態：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）