

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がありますか？ 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: _____)

■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: _____)

ご協力ありがとうございます。ご記入が終わりましたら受付にご提出ください。