

初めての患者様へ

皆様の診療をよりよいものにするために参考にさせていただきます。
お分かりになる範囲でご記入ください。

氏名(_____ 様) 年齢(_____ 歳)(男・女・非該当) 体温(_____ . _____ °C)

身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 最近体重は 変わらない 増えている 減っている(_____ ヶ月で _____ kg)
2. 今日はどのようなことでおいでになりましたか？
3. いつ頃からお気づきになりましたか？(_____ 年 _____ 月 _____ 日)
また、原因と思われることはありますか？
4. そのことについて他の医師に診てもらったことがありますか？ ある ない
そこではどのような説明を受けましたか？
5. ①現在飲んでいる薬がありますか？ ある ない
②現在飲んでいる栄養剤、ビタミン、漢方薬、市販の薬等がありますか？ ある ない
①または②で「ある」の場合は、分かる範囲で薬の名前と量を書いて下さい。
6. これまでに薬等でアレルギー等の副作用(じんましん、顔や身体がはれる、息が苦しくなる等)を経験したことがありますか？ ある ない
「ある」の場合、どのような薬で、どのような症状でしたか？
7. 今までに、病気やけが、入院、手術等の経験がありますか？
あるいは、現在通院中の病気がありますか？ ある ない
「ある」の場合、その時期と内容について教えてください。
8. どのようなお仕事をされていますか？
9. お酒を飲みますか？
毎日 週 _____ 日 ほとんど飲まない 飲まない やめた(_____ 歳)
10. カフェインの入った飲み物を飲みますか？ はい いいえ
11. タバコを吸いますか？
はい(1日 _____ 本、 _____ 歳から) 吸わない やめた(_____ 歳)
12. ご家族でタバコを吸う方はいらっしゃいますか？
いない いる(どなたですか？ _____)

裏面もご記入下さい→

13. ペットを飼っていますか？
はい いいえ (はいの場合はペットの種類を教えてください：)
14. 過去1ヶ月に旅行に行きましたか？
はい いいえ (はいの場合は場所と期間を教えてください)
(場所： 期間： 月 日から 日間)
15. 過去1ヶ月に、落ち込んだり、ゆううつになったり、望みがないと感じたことが何度かありますか？ はい いいえ
16. 過去1ヶ月に、何かをするのにやる気がなかったり、楽しむことができないと感じたことが何度かありますか？ はい いいえ
17. 15または16で「はい」の場合、このことについて医師と相談したいですか？
はい(今日したい) はい(今日でなくてもいい) いいえ
18. この2週間で神経質になったり、不安になったり、イライラしたりしていましたか？
全くない 数日 週の半分以上 毎日
19. この2週間で心配するのをやめられないことがありましたか？
全くない 数日 週の半分以上 毎日
20. 今までに自動車事故や暴行、または愛する人の突然の死といったひどく悲劇的な経験をしたことがありますか？ はい いいえ
21. 日常生活の妨げになるような考えや儀式的な行為はありますか？ はい いいえ
22. 定期的に運動はしていますか？ はい(週____回____分程度) いいえ
23. 女性の方にお聞きします。
最終月経開始日はいつですか？(____年____月____日)
妊娠・出産・流産について ・妊娠____回 ・出産____回 ・流産____回

24. ご家族について教えてください。

続柄	性別	年齢	同居の 人に○	かかったことのある病気に○をつけてください					
				がん	心臓病	糖尿病	高血圧	心の病気	その他
父									
母									
配偶者	夫・妻								
子	男・女								
	男・女								
	男・女								
兄弟	男・女								
	男・女								
その他	男・女								
	男・女								

25. 本院をどこで(どうして)お知りになりましたか？ _____
26. その他、お話ししておきたいことがありましたら忘れないように簡単にメモしておいてください。