

ふりがな \_\_\_\_\_

お名前： \_\_\_\_\_

生年月日：昭和・平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_歳

〒

住所： \_\_\_\_\_

電話番号(携帯)： \_\_\_\_\_

※当院から直接連絡してもよい電話番号をご記入願います

- ・当院を知ったきっかけ（該当するものに○を付けてください）

近くで見かけて・看板などの案内・口コミや紹介・インターネット検索  
（ Google 検索 ・ Yahoo!検索 ・病院検索サイト ・その他 ）  
以下、お答えできる範囲でご記入をお願いします。

1. 今回受診されるきっかけになったこと、一番困っていることを教えてください。

不安・ 抑うつ ・ イライラ ・ 不眠 ・ やる気が出ない ・ 物忘れ  
アルコールをやめたい ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）

2. 前項1について、いつ頃から症状を感じましたか？

昭和・平成・令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃から

3. これまで精神科病院、クリニックを受診したことはありますか？（はい・いいえ）

「はい」とお答えの方、以下ご記入をお願いします

昭和・平成・令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃\_\_\_\_\_病院・クリニック（病名 \_\_\_\_\_）

昭和・平成・令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月頃\_\_\_\_\_病院・クリニック（病名 \_\_\_\_\_）

4. 現在飲まれている薬はありますか？（はい・いいえ）

「はい」とお答えの方、以下ご記入をお願いします

お薬の名称（ \_\_\_\_\_ ）

5. 前項4で「はい」と答えられた方へ、現在、薬の副作用でお困りですか？

（はい・いいえ）「はい」とお答えの方、以下ご記入をお願いします  
（例）昼間に眠気がある、気持ちが悪くなる、性機能障害がある  
（ \_\_\_\_\_ ）

6. アレルギーはありますか？（はい・いいえ）

「はい」とお答えの方、以下ご記入をお願いします

食べ物・薬・その他（ \_\_\_\_\_ ）

7. あなたの性格に当てはまるものに○を付けてください（複数回答可）

社交的・楽天的・お人好し・明朗・世話好き・人情に厚い・活発・現実的・勝ち気  
自己中心的・虚栄心が強い・派手好み・好き嫌いが激しい・完全主義・几帳面・凝り性  
責任感が強い・仕事熱心・短気・潔癖・こだわりが強い・非社交的・物静か・冷淡  
変わり者・無口・控え目・真面目・内気・非現実的・繊細・敏感・臆病・神経質・苦労性

8. お生まれはどちらですか？

都道府県（ ） 市町村（ ）

9.最終学歴を教えてください。

（ ） 中学 ・ 高校 ・ 専門学校 ・ 大学 ・ 大学院  
卒業 ・ 中退 ・ \_\_\_\_\_ 年在学中

10.結婚についてお尋ねします。

未婚 ・ 既婚 ・ (昭和 ・ 平成 ・ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 歳頃)

離婚 (昭和 ・ 平成 ・ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)、再婚 (昭和 ・ 平成 ・ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

死別 (昭和 ・ 平成 ・ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

11.飲酒はされますか？ ( はい ・ いいえ )

「はい」とお答えの方、以下ご記入をお願いします

(例) 主にビールを一日 350ml 缶 5 本くらい

主に \_\_\_\_\_ を一日 \_\_\_\_\_ くらい

12.たばこは吸われますか？ ( はい ・ いいえ )

「はい」とお答えの方、以下ご記入をお願いします

一日 \_\_\_\_\_ 本くらい

13.趣味はお持ちですか？

( )

14.信仰されている宗教はありますか？

( )

15.職業についてお尋ねします。

現在の職業 ( ) 勤続年数 \_\_\_\_\_ 年

今までの主なお仕事を順にご記入ください。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ( )

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ( )

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ( )

16.ご家族についてお尋ねします。亡くなられた方は「死亡」とご記入ください。

	健康状態	同居	かかっている病気
父 親	_____ 歳 ( ) ( )	( )	( )
母 親	_____ 歳 ( ) ( )	( )	( )
夫・妻	_____ 歳 ( ) ( )	( )	( )
( )	_____ 歳 ( ) ( )	( )	( )
( )	_____ 歳 ( ) ( )	( )	( )
( )	_____ 歳 ( ) ( )	( )	( )

ご記入ありがとうございました。

記入された方のお名前 \_\_\_\_\_ 本人・配偶者・母・父・兄弟・その他

記入いただいた個人情報 は当法人の個人情報保護方針に則り厳重に取り扱い致します。

医療法人社団早雲会 北条クリニック