

初めて来院される患者さんへの質問票 わかやま友田町クリニック

フリガナ

氏名 年齢 ( ) 記入年月日 年 月 日 記入者 (本人／他 )

住所 (〒 ) (他の連絡先： )

電話 (携帯/自宅/他 )

どのような症状がありますか いつからありますか (例えば：1ヶ月前から不安で眠れない)		
夜間、眠れますか	はい	寝付きが悪い・途中で目覚める・朝早く起きる・熟睡感がない
	いいえ	
食欲は	ある	体重減少あり・なし
	ない	
不安を感じますか	ある	
	ない	
気分が落ち込みますか	ある	悲しい・楽しくない・やる気がない・集中力がいない・自分を責める・イライラする
	ない	
この症状で他院を受診したか	ある	いつ頃：          どちら：          処方された薬：
	ない	
現在飲んでいる薬		
持病や入院・手術の経験	ある	
	ない	
家族について		どなた：
	同居している方(例えば：実母)	
	ある	
	ない	
親族で精神科通院していた方	ある	どなた：
	ない	
現在の仕事/学校 (職種 等)	ある	職種：          期間 (例えば31歳～現在)：
	ない	
最後の学校の経歴	小学 中学 高校 大学 専門学校 その他 ( )	
アレルギー	ある	薬：          食品：          花粉症：          他：
	ない	
飲酒	する	種類・量          頻度
	しない	
受診された目的 (例えば：睡眠薬で眠れるようになりたい)		
処方の希望	あり	
	ない	

マイナ保険証による診療情報の取得に ☐ 同意する ☐ 同意しない      .  
この1年間に特定健診を ☐ 受診した ☐ 受診していない  
当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。