

# 初診の方へ

カルテ No \_\_\_\_\_

年 月 日

フリガナ \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

男・女 \_\_\_\_\_

大・明・昭・平成 \_\_\_\_\_

年 \_\_\_\_\_

月 \_\_\_\_\_

日 \_\_\_\_\_

〒

ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 携帯 \_\_\_\_\_

自宅 \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_

ご家族もしくは付き添われている方

フリガナ \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

男・女 \_\_\_\_\_

大・明・昭・平成 \_\_\_\_\_

年 \_\_\_\_\_

月 \_\_\_\_\_

日 \_\_\_\_\_

〒

ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 携帯 \_\_\_\_\_

自宅 \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_

# 医師の急な出張などでまれに当クリニックからご連絡をさしあげることがございますが、上記のお電話番号にご連絡さしあげてよろしいでしょうか？  はい  いいえ

☆お困りのことはなんですか？ありのままに症状やお悩みなどをお書きください

[ \_\_\_\_\_ ]

サプリメントの相談  ED のお薬希望

もし、下記に当てはまる症状があれば○で囲んでください

- 寝つきが悪い 夜中に目が覚める 眠った気がしない ゆうつな気分 ハイテンション  
気分が変わりやすい 便秘や下痢 のどのつまり感 不安 食べ過ぎる 食欲がない 集中力がない  
胸がドキドキする 居ても立っても居られない イライラしやすい みんなに迷惑をかけている  
自分なんか生きている価値がない 自分のことがうわさされている 誰かに見られている  
姿が見えないのに話しかける声が聞こえる 訳もなく涙がでる 何もする気がしない 頭痛  
お酒をやめられない 薬物をやめられない 性生活に問題がある 物忘れが目立つ  
性格が変わった めまい ふらつき

☆それはいつから始まりましたか？

( ) 日前から ( ) 週間前から ( ) ヶ月前から ( ) 年前から

☆このことで以前に医療機関を受診したことがありますか？

受診あり (医療機関名 \_\_\_\_\_)

紹介状あり  なし

受診なし

☆何か原因がありましたか？あればご記入ください

[ \_\_\_\_\_ ]

☆ご家族構成についておうかがいします

何人兄弟・姉妹の何番目ですか？（ 人 中 番目）（男性 人 女性 人）

お子さんはいますか？ いる（男性 人 女性 人） いない

ご両親はご健在ですか？ 父親（健在 病気 死去） 母親（健在 病気 死去）

どなたかと同居されていますか？ 一人暮らし 同居（親 配偶者 子供 孫 計 人）

☆アレルギーはありますか？ ある 薬（ ） 食べ物（ ） ない

☆現在も含め今までに大きな病気やけがはありますか？

ある（ ）歳（病名 ） ない

☆現在飲んでいる薬やサプリメントがありますか？

ある（薬品名 ） ない

☆ビールや泡盛などアルコールは飲みますか？

飲む（お酒の種類 飲酒量 /日）

以前は飲んでいた（ ）年前まで 飲まない 飲めない

☆タバコは吸いますか？

吸う（ 本/日） 吸わない

☆最終学歴（ ） 卒業 在学中 中退

☆差し支えなければご職業を教えてください

（ ）

☆診察の中で特に知りたい項目があれば、下記にチェックをつけてください。（上位3つまで）

薬の作用について 薬の副作用について 薬の飲み方について サプリメントについて

症状についての説明 各症状の進め方について 自立支援医療などの各種制度について

睡眠について 食生活について 運動について 趣向品（飲酒・喫煙）について

車の運転について 周囲とのコミュニケーションについて 休職について 復職について

☆やしのきクリニックにはどのようにして来院されましたか？

自分から進んで受診した 家族に勧められて 友人・知人に勧められて

職場の上司・同僚などに勧められて 先生に勧められて

その他（ ）

☆その他 気になることがあればなんでもお書きください