

初めて診察を受けられる方へ

受診日 年 月 日

ふりがな			性別
お名前			男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日 () 才	
ご住所	〒		
電話番号	自宅 :	携帯 :	
※事務上の連絡	いずれかに○印をつけてください ⇒ 自宅・携帯・その他 () 連絡の際に「東武練馬メンタルクリニック」と名乗ってもいいですか? ⇒ 可 ・ 不可		
緊急時の連絡先 (本人様以外)	(続柄 :)		

1. 現在、お困りのことについて○をつけてください。

- ① 不安 ② 意欲がない ③ 疲れやすい ④ 些細なことが気になる ⑤ 憂うつ ⑥ 眠れない
 ⑦ 朝起きれない ⑧ 食欲がない ⑨ イライラする ⑩ 吐き気 ⑪ めまい ⑫ 動悸 ⑬ 集中できない
 ⑭ 道に迷う ⑮ 同じことを繰り返し聞く ⑯ 約束の日時をよく間違える ⑰ ありもしないものが見える
 ⑱ 転びやすくなった ⑲ 自分に自信がもてない ⑳ 自分に価値がないと思ってしまう
 ㉑ その他 具体的に

2. それはいつからですか? きっかけはありましたか?

年 月頃から

もし、きっかけがあれば記載してください。

3. これまでに心療内科や精神科にかかったことがありますか?

ない

ある 診断 : _____ 時期 : _____ 年 月頃

診断 : _____ 時期 : _____ 年 月頃

診断 : _____ 時期 : _____ 年 月頃

3. 現在、治療中の体の病気や過去に手術を受けたことがあれば教えてください。

ない

ある 診断 _____ (_____ 病院 _____ 年 月頃から)

診断 _____ (_____ 病院 _____ 年 月頃から)

診断 _____ (_____ 病院 _____ 年 月頃から)

診断 _____ (_____ 病院 _____ 年 月頃から)

4. 現在内服中のお薬があれば教えてください。

ない

ある(_____)

5. 普段、お酒は飲みますか？ いいえ・はい (はいの場合) 1日 ビール・焼酎・その他を ml くらい

6. 普段の息抜きの方法や趣味などがあればご記載ください。 _____

7. アレルギーのでた薬や食物はありますか いいえ・はい (はいの場合) _____

8. (女性の方のみ) 妊娠の予定がある・妊娠中・授乳中ですか いいえ・はい

9. これまでの歩みについてお伺いします。

出生地 _____ 県 兄弟の数 _____ 人 (中学校卒・高校卒業・専門学校卒業・大学卒業)

同居者 (独居・親・夫/妻・子供・その他 _____)

介護保険の申請 (未・あり 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)

担当ケアマネの事業所 _____ 使っているサービス _____

その他、福祉サービスを利用している方はご記載ください。

障害者手帳 _____ 級・難病・自立支援 その他(_____)

10. (認知症がご心配な方のみ) 普段の様子についてお伺いします。

生活の範囲：主にベッド上・ベッドからは離れるが主に自宅内・付き添いがあれば外出する・一人で外出する

歩行：自立・つたい歩き(てすりなどを使う)・杖・シルバーカー・車いす・不明

買い物：自立・サポートがあれば行く・買い物にいかない・不明

料理：自立・もともととしていたが今はしていない・もともととしていない・不明

洗濯：自立・もともととしていたが今はしていない・もともととしていない・不明

掃除：自立・もともととしていたが今はしていない・もともととしていない・不明

内服：自立・一人では飲み忘れてしまう・不明

入浴：自立・サポートが必要(理由： _____)・不明

排泄：自立・月に数回程度失敗する・ほぼ毎回失敗する・不明 おむつ利用 あり・なし

ミキサーにかけるなど食事の形態に特別な配慮があれば教えてください。(_____)

*当院をどのようにしてお知りになりましたか。いずれかに○印をつけてください。

・当院ホームページ

・他院などからの紹介(施設名 _____)

・インターネット検索(Google、ヤフー、その他 _____)

・医療検索サイト (gooヘルスケア お医者さんガイド 病院なび 病院の通信簿 MEDWEB エキテン)

・口コミサイト (Google カルー その他 _____)

・歩いていて看板を見かけたから

・知人から評判を聞いて

・その他(_____)

*記入者の氏名 _____

(代筆の場合は、ご本人との続柄 _____)

☆ご協力ありがとうございました☆