

初診時受付票

年 月 日

フリガナ			性別
氏名			男 ・ 女
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	年齢 歳
住所	〒		
電話番号		携帯番号	

① 本日はどなたといらっしゃいましたか？

氏名	関係性（続柄、機関名等）

② 病院から緊急時に連絡させて頂く場合の連絡先をお願いします。（本人様以外で）

フリガナ			性別	続柄
氏名			男 ・ 女	
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	年齢	歳
住所	〒			
電話番号		携帯番号		

③ 現在、他の病院に入院中または施設入所中ですか。

はい ・ いいえ

「はい」の方 →

病院・施設名	
--------	--

④ 現在、他の病院に通院していますか。

はい ・ いいえ

「はい」の方 →

医療機関名・診療科	
-----------	--

⑤ 現在、お薬は飲まれていますか。

はい ・ いいえ

◆ 「はい」の方は下記に記入をお願いします。



お薬手帳	有 ・ 無	※お持ちの方は この書類と一緒に受付に提出して下さい
紹介状	有 ・ 無	

お薬手帳のない方、市販薬の方はわかる範囲でご記入下さい。

⑥ 本日来院された目的は？

診察 ・ 入院 ・ 診断書 ・ 検査
その他（ ）

★裏面もご記入下さい

⑦ 本日、相談したい症状やお困りのことは何ですか？ ○で囲んで下さい。

不眠 ・ 食欲不振 ・ 憂鬱な気分 ・ 不安な気持ち ・ イライラ ・ 集中できない
死にたい ・ 外に出たくない ・ 物忘れがひどい ・ 知的障害 ・ 暴れてしまう
性的な悩み ・ 実際にないことを考えたり、聞こえてくる
てんかん（最終発作日 () ） ・ お酒がやめられない（最終飲酒日時 () ）
その他 ()

⑧ 今までに精神科・心療内科等を受診されたことがありますか？

はい・いいえ

◆「はい」の方は下記に記入をお願いします。

医療機関名	受診時期（何歳頃）	治療状況
	年 月～ 年 月頃（ ）	通院・入院・不定期・1回だけ
	年 月～ 年 月頃（ ）	通院・入院・不定期・1回だけ
	年 月～ 年 月頃（ ）	通院・入院・不定期・1回だけ

⑨ これまでに大きな病気やケガ、手術の経験はありますか。

はい・いいえ

◆「はい」の方は下記に記入をお願いします。

糖尿病（ 歳頃） 高血圧（ 歳頃） 心臓病（ 歳頃） 肝炎（ 歳頃）
ぜん息（ 歳頃） 脳卒中（ 歳頃） 肝臓病（ 歳頃） 結核（ 歳頃）
腎臓病（ 歳頃） 白内障（ 歳頃） 緑内障（ 歳頃） 肺炎（ 歳頃）
がん《 () 》（ 歳頃）
その他
手術歴： 病名（ 時期（ 歳頃）
病名（ 時期（ 歳頃）

⑩ 薬や食べ物にアレルギーはありますか。

はい・いいえ

◆「はい」の方は下記に記入をお願いします。

薬	食べ物
	<input type="checkbox"/> たまご <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> その他（)

⑪ 女性の方へ 妊娠されている可能性はありますか。

はい・いいえ

生理状況は

順調・不順・閉経

⑫ お酒を飲みますか。

飲まない・飲む： 頻度（ 毎日・時々 ） 種類（) 量（)

⑬ 覚醒剤・大麻・危険ドラッグ等の使用経験はありますか。

なし・あり： 種類（) 使用時期（ 年 月頃～ 年 月頃）

⑭ 喫煙しますか。

吸わない ・ 吸う（ 1日 本程度） ・ 禁煙した（ 年 月頃）