

氏名フリガナ _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 歳 性別 男・女

氏名 _____ 職業 _____

住所 〒 - - _____

電話番号 自宅 - - _____ 携帯 - - _____

同居家族 (自分を含めて) _____ 人 父・母・配偶者・子供 () 人・その他 ()

■ 当院を受診しようと思われたきっかけがございましたら、お教えてください

- ホームページ 医療機関の紹介 知人・友人の紹介 看板を見て
 その他 ()

■ 今回はどなたが困って来院されましたか？

- 患者さまご自身 周りの方 両方

■ 困っていることを、何が、いつ頃から始まったか記入してください

■ 通院歴：これまでに精神科・心療内科を受診されたことがありますか？ある場合は下記にご記入ください

時期	医療機関名	診断名
年 月～ 年 月 () ()		
年 月～ 年 月 () ()		
年 月～ 年 月 () ()		

■ 既往歴：これまでに（精神科・心療内科以外で）大きな病気をされたことがありますか？ある場合は下記にご記入ください

- ① 歳時 病名 () ② 歳時 病名 ()
③ 歳時 病名 () ④ 歳時 病名 ()

■ 家族歴：ご家族、ご親戚で精神的な問題があった方がいらしたら、ご記入ください

(例： 父親 うつ病で通院 、 母 パニック障害 など)

■ その他、治療について何かご希望があればご記入ください