

# 医療法人 和楽会 初診時記入票 (第5版 平成25年2月)

カルテ No. \_\_\_\_\_ 記入日:平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

以下の項目にご記入をお願い致します。

- 氏名: ふりがな \_\_\_\_\_
- 性別: 男 ・ 女
- 生年月日: 昭和 ・ 平成\_\_\_\_年(西暦\_\_\_\_年)\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (\_\_\_\_歳)
- 住所: ふりがな 〒 \_\_\_\_\_
- 電話: 自宅 \_\_\_\_\_ □  
          その他 \_\_\_\_\_ ( 宅 ・ 携帯 ) □  
          アドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ ( 携帯 ・ PC ) □  
          ご自分以外の緊急連絡先(必須) \_\_\_\_\_

(ご家族〔続柄 \_\_\_\_\_〕・その他〔 \_\_\_\_\_ 〕)

※ クリニック名を名乗ってもよろしいですか。      はい ・ いいえ

※ 緊急時以外に連絡して欲しくない電話番号には□に ✓ をお入れ下さい。

## 1. あなたが一番困っている問題(症状など)は何ですか。

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2. このクリニックを何でお知りになりましたか。

( ) インターネット ( ) 本 ( ) 知人の紹介 ( ) その他 \_\_\_\_\_

↓

検索キーワード ( \_\_\_\_\_ )

## 3. 今までに心の問題で、医療機関を受診したことがありますか。

( ) はい ( ) いいえ

↓ 以下の質問にお答えください。

①何カ所のクリニック・病院を受診しましたか。 ( )カ所

②受診期間、クリニック・病院名(担当医)を教えてください。

1) 年 月 ~ 年 月: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 先生)

2) 年 月 ~ 年 月: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 先生)

3) 年 月 ~ 年 月: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 先生)

4) 年 月 ~ 年 月: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 先生)

→裏面も記入して下さい

③現在服薬中のお薬があれば、お書き下さい。

---

---

4. あなたは結婚されていますか。

- ( ) 既婚 ( ) 結婚のように一緒に生活している  
( ) 死別 ( ) 離婚又は婚姻契約破棄  
( ) 別居 ( ) 未婚  
( ) その他 \_\_\_\_\_

5. 現在同居している人はいますか。 ( ) いる ( ) いない

6. あなたの身内で、あなたと同じ症状を持っていたり、心療内科・精神科で治療を受けた人がいますか。

( ) はい ( ) いいえ

↓

それは誰で、どんな状態(診断)ですか? \_\_\_\_\_

7. 最終学歴を具体的にお書き下さい。(例えば、県立明和高校卒業)

---

8. これまでどんなお仕事をしてきましたか。順にお書き下さい。

---

---

現在のお仕事をお書き下さい。\_\_\_\_\_

9. 当クリニックでどのような治療を望んでいますか。

- ( ) 薬物療法  
( ) 認知行動療法  
( ) 薬物療法と認知行動療法  
( ) 医師の指示通りの治療  
( ) その他 \_\_\_\_\_

当クリニックでご記入頂く問診票は、病気の診断と適切な治療につながります。プライバシーにかかわる個人的な情報を開示することは一切ありませんが、多数の方々の回答をまとめて統計的な処理を行い、発表させて頂くことがあります。このことについてご了承頂けますか？

( ) 了承する ( ) 了承しない

年 月 日 署名 \_\_\_\_\_