

初めて受診される方へ

ふりがな		男・女	年 月 日 年齢
お名前		生年月日	昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒 -		
電話番号		携帯番号	

該当する項目にチェック、またはご記入をお願いします。

- あなたの現在の職業(または以前の職業)をお答えください。
会社員 自営業 公務員 主婦(主夫) 学生 パート・アルバイト 専門職
その他 ()
- 具体的な職務内容をお答えください。
- 家族構成についてお答えください。
父 () 歳 同居・別居 職業： 配偶者 () 歳 同居・別居 職業：
母 () 歳 同居・別居 職業： 子供： ()
兄弟姉妹 () 人 (例：長男7歳、長女5歳、次女2歳)
- 今日はどのように受診しましたか？
自分から 家族に勧められて 上司に勧められて 他病院からの紹介(紹介状 有・無)
その他 ()
- 今日の受診に付き添いの方はおりますか？
いない 家族 その他 ()
- どのようなことにお困りですか？
自分の健康 a.不眠 b.食欲不振 c.苦しい・辛い d.不安 e.その他 ()
職場の人間関係
家族のこと
その他
- 今までに重い病気や大きなけがや手術をしたことがあればお書きください。
ない ある ()
- 今までに心療内科や精神科を受診したことがありますか？
ない ある ()
- 現在服用中のお薬はありますか？
ない ある ()
- 薬剤や食べ物でアレルギーはありますか？
ない ある ()
- その他、気になることがあればご記入ください。
- 来院のきっかけを教えてください。
近所 インターネット 知人の紹介 駅などの看板 その他

ご協力ありがとうございました。

このアンケートにご記入いただきました個人情報は、当クリニックにおいてのみ利用させていただきます。

はぶクリニック