

( 年 月 日 )

## 大原こころのクリニックの診察を受けられる方へ

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ ( 歳 ) 男・女

〒

住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

1) 現在の病気の状態についてご記入ください。

① どのような症状がありますか。

② いつ頃からですか (およその年月日、または何年前)

2) 今までにかかった病気があればご記入ください。

(いつ頃、どのような病気にかかられましたか?)

3) 性格についてご記入ください (活発である、内気である、など)。

4) 今までに薬・注射で気分が悪くなったりショック、発疹などの異常がおこったことがありますか。

(ピリン系薬物禁止、そばアレルギー、など)

なし  あり ( )

5) 現在、かかられている医院、使用されている薬があればご記入ください。

なし

あり (どのような病気ですか )

6) 妊娠やその疑いがありますか?

( ある  ない  わからない)

7) その他、医師に伝えたいことや質問したいことがあれば自由にお書きください。

※当院では個人情報をご診察以外には用いません。