

# 診察を受けられる方へ

患者氏名 \_\_\_\_\_

(男・女) 未婚 既婚 離婚

生年月日(昭・平・令) 年 月 日( 才)

住所(〒 \_\_\_\_\_)

連絡先(携帯電話) \_\_\_\_\_

職業 会社員 公務員 自営業 学生 専業主婦 家事手伝い 無職 その他

宗教 あり( \_\_\_\_\_ ) なし 国籍 日本 その他( \_\_\_\_\_ )

最終学歴 大卒 [ \_\_\_\_\_ ]大学( )年在学中 専門学校卒 短大卒 高校卒

現在通院中の病院 ある なし(病名: \_\_\_\_\_ 病院名: \_\_\_\_\_ 通院開始時期 \_\_\_\_\_ 年 月頃)

過去に他院での受診 ある なし(病名: \_\_\_\_\_ 病院名: \_\_\_\_\_ 通院期間( \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ )

現在服薬中のお薬 ある なし **家族構成についてご記入ください**

安定剤・睡眠剤 降圧剤 抗血糖剤 高脂血症剤  
その他( \_\_\_\_\_ )

アレルギー ある なし

(アレルギー名: \_\_\_\_\_ )

希望診療科目 精神科 アレルギー科  
相談 その他( \_\_\_\_\_ )

当院を何でお知りになりましたか

紹介(ご紹介者: \_\_\_\_\_ )  
(ご関係: \_\_\_\_\_ )他の医療機関も含む

オボクリニックのホームページ

本を読んで(書名 \_\_\_\_\_ )

その他( \_\_\_\_\_ )

続柄	年齢	性別	職業	健康状態
父				
母				
兄弟①				
兄弟②				
配偶者				
子ども①				
子ども②				

子どもの頃の成育環境についてご記入下さい

子どもの頃の 母親のイメージ	
子どもの頃の 父親のイメージ	
育ててくれた人が いればそのイメージ	

当院にお越しになった理由をなるべく詳しくお書きください


同伴者 ある(ご関係 \_\_\_\_\_ ) なし

(記入者名 \_\_\_\_\_ ご本人との関係 \_\_\_\_\_ )