

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

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(_____)

家族構成についてご記入ください

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 _____)