

やなぎまちストレスクリニック予診表

IDNo.

記入年月日 平成 年 月 日

| | | |
|---|--------|---------------------------|
| ふりがな 氏名 | 男 女 | 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 |
| 名前でお呼びしていいですか？ | | はい・いいえ |
| 住所 〒 | | |
| 電話 自宅 () - () - () 携帯 () - () - () | | |
| やなぎまちストレスクリニックを何で知りましたか？ ホームページ・新聞広告・タウンページ・病院の紹介・知人の紹介・ クロスタワーA・BAYの広告・その他 () | | |

●本日受診になった理由は何ですか？

いつ頃から？ どのような症状？

●今までにかかった主な病気、けが、手術は？

●今までに心療内科や精神科を受診したことがあれば、時期・病院名をお知らせください。

●今までに薬や食べ物に対するアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと）がありますか？

あり→ 薬や食べ物の種類

なし

●今、飲んでいるお薬をお書きください。

●現在妊娠はしていますか？

はい・いいえ

●酒やたばこは1日どのくらいですか？

酒 _____ 合 ビール _____ 本 たばこ _____ 本

●睡眠は？ 良好・普通・悪い

睡眠時間 PM : ~ AM :

●食欲は？ 良好・普通・悪い

●体のどこかに痛みがありますか？

場所 _____ どのような痛み _____