

氏名

---

1. お生まれはどちらですか？

( ) 都・道・府・県 ( ) 区・市・町・村

2. ご兄弟は何人いらっしゃいますか？ あなたは上から何番目ですか？

( ) 人兄弟の ( ) 番目

3. 最終学歴を教えてください

( )

4. ご結婚はしていますか？ 何歳の時ですか？

未婚 ・ ( ) 歳の時結婚 ・ ( ) 歳で離婚

5. 一番長く務めた職歴を教えてください。

( ) ( ) 年間

6. 最終職歴を教えてください。何歳で退職されましたか？

( ) ( ) 歳まで

7. お子さんは何人いらっしゃいますか？

なし ・ ( ) 人

8. ご家族に精神科に通院・入院したことのある方はいらっしゃいますか？

なし ・ あり 本人との関係 ( ) 病名 ( )

9. どなたと一緒に住んでいますか？

独居 ・ 配偶者 ・ 子家族 ・ 兄弟 ・ その他 ( )

10. お酒は飲みますか？

飲まない ・ ( ) を週 ( ) くらい ( ) 歳から

11. アレルギーはありますか？

ない ・ ある ⇒ 薬 ( )  
・ 食べ物 ( )

12. 今まで入院が必要だった、継続した服薬や通院が必要だったご病気やケガはありますか？  
精神科への通院・入院歴がある場合にもご記入ください。

( ) 歳時 病名 ( )

( ) 病院に ( 通院 ・ 入院 )

13. MRI 検査について確認です

- 心臓ペースメーカー、除細動器、人工内耳、義眼等を装着している。

( なし ・ はい [上記項目に○をしてください] )

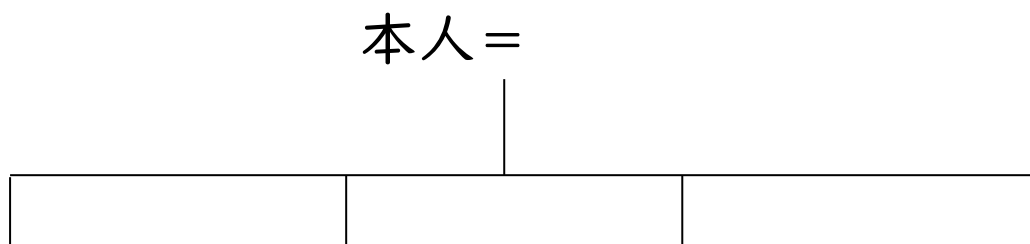
- 体内金属（動脈クリップ、整形手術用の金属、異物金属片等）が入っている。

( なし ・ はい [手術時期： 年頃、部位： ] )

- 以前受けたことがありますか？ ( なし ・ はい [部位： ] )

14. 家族構成について教えてください。

(男性 □) (女性 ○) (死亡 ■・●) (結婚 =) (離婚 ≠)



【ご家族様連絡先】

1	_____	続柄 ( )	ご自宅 _____
			携 帯 _____
2	_____	続柄 ( )	ご自宅 _____
			携 帯 _____
3	_____	続柄 ( )	ご自宅 _____
			携 帯 _____

当院では、患者様に提供する医療サービスの向上を目指すべく、患者様のご家族・生活歴等をお伺いしております。

個人情報につきましては、院内で適切に保護・管理することに努めます。

ご協力ありがとうございました。