

No. 診 療 申 込 書

ふりがな		性 別
受診者 氏 名		男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	才
住 所	〒	
電話番号	自宅 () - 携帯 () -	

■領収書のほかに、明細書の有無 (有・無)

■現在妊娠の有無(有・無)

1. 現在どんな症状、悩みをお持ちですか

- | | | |
|-------------|-----------------|-------------|
| 1 ストレス | 11 性格が変わった | 21 気分の波が激しい |
| 2 不安 | 12 人の声が聞こえる | 22 こだわりが激しい |
| 3 イライラ | 13 自分のうわさをされている | 23 感情が出ない |
| 4 眠れない | 14 実際にはないものが見える | 24 息苦しい |
| 5 ゆううつ | 15 ぼけてしまったのでないか | 25 動悸 |
| 6 元気がない | 16 物忘れをする | 26 便秘 |
| 7 仕事などがおっくう | 17 頭痛・頭重感 | 27 吐き気 |
| 8 死にたくなる | 18 めまい・ふらつき | 28 食欲不振 |
| 9 元気が良すぎる | 19 身体がだるい | 29 その他 |
| 10 怒りっぽい | 20 疲れやすい | () |

2. いつ頃から始まりましたか

年 月 日頃から、または 年 ヶ月前から

3. 原因と思われることはありますか

- ① ない ② ある ()

4. その症状、悩みで診察を受けたことがありますか ① ない

- ② ある _____ 病院、医院 _____ 科 通院 ・ 入院
 _____ 病院、医院 _____ 科 通院 ・ 入院

5. 現在治療中の病気はありますか

6. このクリニックはなにで知りましたか

- ① 他院からの紹介 ② 知人からの紹介 ③ 電話帳を見て ④ インターネット
 ⑤ 看板を見て ⑥ その他 ()