診　療　申　込　書

平成　　年　　月　　日

ふりがな		男 女	生 年 月 日	明　・　大　・　昭　・　平 年　　月　　日生 （満　　歳）
お 名 前				
ご 住 所	〒		お 電 話	（　　） ー

※当院を知ったきっかけは何ですか？

1 インターネット情報サイト　2 当院ホームページ　3 他院からの紹介　4 知人からの紹介

6 ケアマネージャーからの紹介　5 広告媒体（地域誌等）　7 その他（　　）

☆本日はどのような症状でおかかりですか

□不眠　□不安　□憂うつ感　□情緒不安定　□意欲低下　□食欲低下

その他：

☆今までに精神科・心療内科の治療を受けたことがありますか（ ない ・ ある ）

病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ 通院・入院 ）　期間　　年　　月 ～　　年　　月

病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ 通院・入院 ）　期間　　年　　月 ～　　年　　月

☆現在他科にもおかかりですか（ いいえ ・ はい ）はいと書かれた方へ

病院名・科目名・病名（　　）

☆現在お飲みのお薬はありますか（ ない ・ 病院の薬を飲んでいる ）

お薬の内容：

☆薬や食べ物で副作用やアレルギーのご経験がありますか （ ない ・ ある ）

薬剤・食べ物名（　　）　症状（　　）

☆喫煙・飲酒はされますか

喫煙 ： 無 ・ 有（　　本/日）　飲酒 ： 無 ・ 時々 ・ 毎日（　　杯/日）

しんよこメンタルクリニック