

患者コード					
-------	--	--	--	--	--

診 察 申 込 書

平成 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女
氏 名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
住 所	〒 _____	
連絡先	携帯電話 () 自宅 () クリニック名を名乗っても (可 ・ 不可)	
職 業		
今、一番困っていることはどのようなことでしょうか？それはいつ頃からですか。		
ほかにお困りの症状はありませんか？		
どのようなところで生活に支障をきたしていますか？		
今日、来院されることになったきっかけは？		
初めての診てもらった日 平成・昭和 年 月 日 病院名： _____ (外来・入院)		
今まで心療内科・精神科に受診時にいやな思いなどをされたことがありますか		
当クリニックで期待していることはどのようなことですか？		
現在、下にある持病はお持ちでしょうか。 当てはまるものに○を付けてください。 糖尿病 緑内障 高血圧 高脂血症 肝炎 肝硬変 甲状腺異常 気管支喘息 水虫 その他 ()		
女性の方で、現在妊娠を (している ・ していない ・ わからない)		
現在、何か薬を飲まれていますか。 有 () ・ 無		
当院を何でお知りになりましたか？ (複数回答可) 病院の紹介 () 地下鉄の車内広告 駅のホーム バス インターネット タウンページ 知人 その他 ()		

※以上の個人情報は、当院で定めた利用目的の範囲内で利用いたします。