

患者コード					
-------	--	--	--	--	--

## 診 察 申 込 書

平成 年 月 日

ふりがな		
氏 名	男 ・ 女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	
住 所	〒 _____	
連絡先	携帯電話 ( ) 自宅 ( ) 緊急連絡先 ( 続柄: ) 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ありますか。		
初めて診てもらった日 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。当てはまるものにチェックを付けてください。(複数回答可) <input type="checkbox"/> 駅のホームの広告 <input type="checkbox"/> インターネット・ホームページ <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> 知人のすすめ <input type="checkbox"/> 病院の紹介 ( ) <input type="checkbox"/> 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。