

# 診療申込書

記入日：令和 年 月 日

記入者名： (続柄： )

ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)
お名前				
ご住所	〒			
ご連絡先	( ) - 緊急連絡先 ( ) (続柄： )	※必要時、緊急連絡先の番号にクリニック名を 名乗ってご連絡差し上げても構いませんか ( はい ・ いいえ )		
※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（ )				

☆本日はどのようなことがお困りですか

( )

☆どのような症状がありますか

- なかなか寝付けない    朝起きるのが辛い    不安感    憂うつ感    突然涙が出る  
イライラする    食欲低下/増進    やる気が出ない    息苦しさ・動悸・過呼吸  
気分の浮き沈みが激しい    いない人の声が聞こえる    集中できない  
性欲の低下/増進    その他 ( )

☆外来診療の他にご希望はありますか（※必ずご希望に添えるとは限りません）

- 臨床心理士によるカウンセリング    心理検査  
デイケア    リワークデイケア  
訪問看護    訪問診療（往診）

裏面に続きます

医療法人社団 かなえ

# 診 療 申 込 書

☆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 ）

期間： 年 月 ～ 年 月 病院名： \_\_\_\_\_（通院・入院）

期間： 年 月 ～ 年 月 病院名： \_\_\_\_\_（通院・入院）

病名・診断名（ \_\_\_\_\_ ）

☆現在他科にもおかかりですか

いいえ

はい（病名： \_\_\_\_\_）

☆現在お飲みのお薬はありますか

（※お薬手帳ご持参の方は受付へお出してください。内容の記載は不要です。）

いいえ

はい（お薬の内容： \_\_\_\_\_）

☆これまでにかかれた体のご病気や持病はありますか

なし

糖尿病 肝臓疾患 高血圧 緑内障 心臓疾患（ \_\_\_\_\_ ）

その他（ \_\_\_\_\_ ）

☆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

いいえ

はい（薬剤名/食べ物名： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_）

☆嗜好品や違法薬物について

飲 酒： なし あり（種類： \_\_\_\_\_）を、週に（ \_\_\_\_\_ ）回、（ \_\_\_\_\_ ml/日）

喫 煙： なし あり（ \_\_\_\_\_ 本/日）

違法薬物： なし あり（種類： \_\_\_\_\_）

☆現在利用中の制度はありますか

精神保健福祉手帳（等級： \_\_\_\_\_） 身体障害者手帳（等級： \_\_\_\_\_）

療育手帳（等級： \_\_\_\_\_） 自立支援医療制度 生活保護制度

☆女性の方にお伺いします。現在妊娠もしくは授乳されていますか

いいえ 妊娠中 妊娠可能性あり 授乳中

ご協力ありがとうございます

医療法人社団 かなえ