

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	() —
障 害 者 手 帳 : 無 ・ 有 (級) 障 害 者 年 金 : 無 ・ 有			ご 出 生 地	
※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
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)

裏 面 へ

診 療 申 込 書

☆最終学歴について

中学 ・ 高校 ・ 専門 ・ 短大 ・ 大学 ・ 大学院
卒業 ・ 中退 ・ 在学中

☆現在のご職業について

☐ 仕事をしている（ 仕事内容： ）
☐ 休職中（ 休職期間： 年 月 ～ 現在 ）
☐ 仕事をしていない（ 仕事をしていた時期： 前 ）

☆ご結婚について

☐ 未婚
☐ 既婚 （ 歳 ～ 現在 ）
☐ 離婚 （ 歳 ～ 歳 ）

☆ご家族について

- ・ 今は何人で暮らしていますか （ 人）
- ・ 家族構成を教えてください

続柄（例：父）	年齢（例：70 歳）	同居の有無	職 業
	歳	同居 ・ 別居 ・ 死去	有職 ・ 無職 ・ 学生 ・ 未就学
	歳	同居 ・ 別居 ・ 死去	有職 ・ 無職 ・ 学生 ・ 未就学
	歳	同居 ・ 別居 ・ 死去	有職 ・ 無職 ・ 学生 ・ 未就学
	歳	同居 ・ 別居 ・ 死去	有職 ・ 無職 ・ 学生 ・ 未就学
	歳	同居 ・ 別居 ・ 死去	有職 ・ 無職 ・ 学生 ・ 未就学
	歳	同居 ・ 別居 ・ 死去	有職 ・ 無職 ・ 学生 ・ 未就学
	歳	同居 ・ 別居 ・ 死去	有職 ・ 無職 ・ 学生 ・ 未就学

医療法人一雄会 リンクスメンタルクリニック