

初診時受付票

以下の内容にお答えできる範囲でご記入ください（家族相談の場合は、ご本人について記入してください）

ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日 T・S・H	年 月 日	年齢	歳 (西暦)
住所 〒					
優先的に連絡をご希望の順に 記入願います	①	—	—	(携帯 自宅 職場)	
	②	—	—	(携帯 自宅 職場)	
必ず連絡のつく番号をお書きください	緊急連絡先	—	—	(携帯 自宅 職場)	
当院をどのように 知りましたか？	<input type="checkbox"/> 他病院 ()からの紹介 <input type="checkbox"/> 役所 () <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> 紹介誌 (ホームドクター・HO!・新聞) <input type="checkbox"/> 他 ()				
紹介状、または診療情報提供書はお持ちですか？	(いいえ ・ はい) ※はいの方は窓口へご提出ください				
自立支援受給者証はお持ちですか？	(いいえ ・ はい)				
どなたと来院されましたか？					

ご一緒された方も記入をお願いします（家族相談の場合は、来院された方について以下にご記入ください）

ふりがな 氏名	間柄	生年月日 T・S・H	年 月 日	年齢	歳 (西暦)
住所 〒					
優先的に連絡をご希望の順に 記入願います	①	—	—	(携帯 自宅 職場)	
	②	—	—	(携帯 自宅 職場)	
必ず連絡のつく番号をお書きください	緊急連絡先	—	—	(携帯 自宅 職場)	
< どのようなことでお困りですか？ >					

裏面に、ご相談内容をご記入ください



- 今日はどうなご相談ですか？当てはまるところに○を付けてください。
気持ちが落ち込む・不安感・涙が出る・イライラする・集中出来ない・身体がだるい
眠れない・寝すぎる・食欲が無い・食べ過ぎる・酒量のコントロールができない
何かが聴こえる・頭痛・腹痛・胃痛・その他（ ）
- 現在内服している薬はありますか？
いいえ・ はい
- 現在妊娠中ですか？
いいえ・ はい
- 現在精神科以外で通院している病院はありますか？
いいえ・ はい

今後の治療に必要な情報になりますので以下にもご記入をお願いします。

- 現在の生活についておうかがいします。
生活形態（ 家族と同居 ・ 単身生活 ・ その他 ）
結婚歴（ 有・無 ）
離婚歴（ 有・無 ）
- これまで受けた教育（学校名）について教えてください
_____ 中学校 → _____ 高校（卒業・中退）
→ _____ 大学/専門学校（卒業・中退） → _____ 大学院（卒業・中退）
- 現在、就労されていますか？
いいえ・ はい

ご協力ありがとうございました