

受付票

B01

記入日 平成 年 月 日

| | | |
|---|---------|-------------------------------|
| ふりがな お名前 (男・女) | 生年月日 | 大正 / 昭和 / 平成 年 月 日 (歳) |
| ご住所 〒 - | | |
| ※クリニック名を表記した郵送が不可の場合、右のカッコにチェック✓をお願いします。【 】 | | |
| どうやってお越しになりましたか？ <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 自家用車・バイク <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| TEL () | FAX () | E-mail |
| ●クリニックの名前を出してお電話しても構いませんか (はい・いいえ) | | |
| ●携帯のショートメールで、連絡させていただいても構いませんか (はい・いいえ) | | |
| 携帯TEL () | 【本人・その他 | 勤務先名 |
| 携帯mail | | 勤務先TEL () |

●ここは何でお知りになりましたか？

- ホームページ(□パソコンで □携帯で) 宮島医師の書籍(題名:) 電子書籍(有料・無料)
- 知人、家族に聞いて(どなたから) 佐藤先生の書籍(題名:) 看板を見て
- 心の学校グループ(IGA YS MP)で聞いて 雑誌を見て() その他()

＜下記の該当するものにご記入くださいませ＞

●当院にご期待することは何ですか？あてはまるところに をつけてください。複数でも可です。

- 宮島医師に会いたい 宮島医師に診察を受けたい 宮島医師に話を聞いてほしい 薬を飲まずに治したい
- 薬を出して欲しい 減薬・断薬したい 治療費を知りたい YSメソッドを受けてみたい
- 家族を受診させたい YSメソッドを詳しく知りたい とにかく治したい どういう事をするのか知りたい

●現在困っていることは何ですか。ご自分にあてはまるところに をつけてください。

- | | | | |
|---|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 眠れない | <input type="checkbox"/> 気が重く沈む | <input type="checkbox"/> 他人が変な目で見る |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> なんとなく不安 | <input type="checkbox"/> 何もする気がしない | <input type="checkbox"/> 他人の視線が気になる |
| <input type="checkbox"/> 耳鳴り | <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない | <input type="checkbox"/> 無口になった | <input type="checkbox"/> 活動しすぎるようになった |
| <input type="checkbox"/> ひきつけ | <input type="checkbox"/> 胸がどきどきする | <input type="checkbox"/> 死にたくなる | <input type="checkbox"/> ろれつがまわらない |
| <input type="checkbox"/> 失神 | <input type="checkbox"/> 肩こり | <input type="checkbox"/> 食欲・性欲がない | <input type="checkbox"/> 繰り返し確かめないと不安 |
| <input type="checkbox"/> 手の震え | <input type="checkbox"/> 頭が重い | <input type="checkbox"/> だるい、疲れやすい | <input type="checkbox"/> 人を避け自室に閉じこもる |
| <input type="checkbox"/> 物忘れ | <input type="checkbox"/> お酒がやめられない | <input type="checkbox"/> 何事もいきいきと感じられない | <input type="checkbox"/> つじつまの合わない言動をする |
| <input type="checkbox"/> 実際にはないものが見えたり聞こえたりする | | <input type="checkbox"/> 何となく周囲が変わった感じがする | |

その他、ご自由にお書きください

●それはいつ頃からですか？

_____年 _____月から (または _____歳頃)

●今まで精神科・心療内科等の治療を受けたことはありますか？

- 以前にある 今も通院している 一度もない

- ① _____年 _____月～ _____年 _____月 _____病院 (入院・通院) 病名 _____
- ② _____年 _____月～ _____年 _____月 _____病院 (入院・通院) 病名 _____
- ③ _____年 _____月～ _____年 _____月 _____病院 (入院・通院) 病名 _____
- ④ _____年 _____月～ _____年 _____月 _____病院 (入院・通院) 病名 _____
- ⑤ _____年 _____月～ _____年 _____月 _____病院 (入院・通院) 病名 _____

●ご利用中の制度に をつけてください

- 精神障害者手帳 障害年金 自立支援医療 生活保護

裏面もご記入ください⇒

●精神科・心療内科の薬を服用したことがありますか？

ある ない 今も飲んでいる

⇒あるまたは今飲んでいる場合、わかる範囲でお答えください。

○今飲んでいる薬 _____

○効果があった薬 _____

○効果がなかった薬 _____

○副作用が出て合わなかった薬 _____

その他 _____

●これまでに試された治療法、健康法、哲学、宗教、精神療法、などありましたら教えてください

治療法など: _____

●ご本人の元来の性格について

真面目 几帳面 責任感が強い 心配性 神経質 潔癖性 完璧癖 意志が弱い 円満

交際好き 世話好き 短気 わがまま 無口 内気 冷たい 粗暴 粘り強い くだい 孤独

●生活と家族のことについて教えてください

出生地: _____ 都道府県 _____ 市区郡 _____

最終学歴: _____ 卒・在学中・中退 現在の職業: _____

きょうだい: いる(兄 _____ 人、弟 _____ 人、姉 _____ 人、妹 _____ 人) いない

婚姻: 未婚 既婚 離婚 死別 再婚(_____ 回目) *子供 いる(_____ 人) いない

●現在休職中の方

_____ 年 _____ 月より休職中 病名 _____

健康保険組合からの傷病手当金の受け取り あり なし

会社の休職の最終期限はいつまでですか? _____ 年 _____ 月まで

●一日の生活について

起床時刻: _____ 就寝時刻: _____ 食事回数: _____ 回

仕事: _____ 時から _____ 時まで

※交代制の勤務の場合は具体的に記入してください

●女性の方のみ、現在妊娠していますか？

はい(第 _____ 週) いいえ 不明

●緊急連絡先(ご実家・勤務先・ご友人等)

| | | | | | | |
|---------------------|------|----|-----|-----------------------------|--|------------------------------|
| ふりがな | 都道府県 | 間柄 | 連絡先 | <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 職場 | <input type="checkbox"/> 帰省先 |
| お名前 | | | TEL | <input type="checkbox"/> 友人 | <input type="checkbox"/> その他 (_____) | (_____) |
| ご住所 〒 _____ - _____ | | | | | | |

※この緊急時連絡先は、ご本人に連絡がつかない場合や、緊急時にご本人以外に連絡を取る必要が生じた場合などに使用させていただきますので、できるだけご記入ください。

※未成年の方は必ずご記入ください。

※ご本人以外への連絡をご希望されない場合は、下に○をつけてください。

ご本人以外への連絡は希望しない【 】

ご記入ありがとうございました。

YSこころのクリニック