

受付票

* 初めて診察を受けられる方へ *

U02

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。【 】		
TEL	携帯	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)		

①受診は、どなたのご希望ですか？ ご本人 ご家族 知人・友人

②この問診票を記入されているのはどなたですか？ ご本人 ご家族 ()

③ご来院されたあなたのご希望をお聞かせください(該当するものは全てチェックください)

診断して欲しい 現状を相談したい 病名を知りたい 診断書が欲しい

宮島医師の診察を受けたい 宮島医師に話を聞いてほしい

症状を治したい 痛みを取りたい 眠れるようになりたい 不安を取り除きたい

セカンドオピニオンとして、診察して欲しい 他院に通院しているが、良くならないので診てもらいたい

薬を飲んでるが、良くならないので診てもらいたい 本当に良くなるのか心配なので、診てもらいたい

減薬断薬したい 薬をやめたい 薬を飲まずに治したい 薬以外の治療法で治したい

薬以外の治療法を知りたい 薬を飲みながらも、他の治療法で治したい

薬を出してほしい 薬で治したい

根本治療をしたい 原因を知りたい 再発を防ぎたい 早く治したい

YSメソッドを受けたい YSメソッドを詳しく知りたい カウンセリングを受けたい

家族の病について相談したい 家族を受診させたい

④下記の症状で当てはまるものはありますか？

頭痛 眠れない 気が重く沈む 何もする気がしない

めまい 頭が重い 死にたくなる 他人の視線が気になる

だるい、疲れやすい 考えがまとまらない 胸がどきどきする 活動しすぎるようになった

よく涙が出てくる お酒がやめられない 食欲・性欲がない 人を避け自室に閉じこもる

⑤それはいつ頃からですか？ _____ 年 _____ 月 頃から

⑥これまで精神科・心療内科の治療を受けたことがありますか？

以前にある 今も通院している 一度もない

→あるというかたは通院歴、入院歴、診断名を書いてください。

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 _____

⑦お薬についてお伺いします

過去服用していた 今も服用している なし

→現在服用中、過去に服用(いずれも分かる範囲で内容と服用期間を書いてください)

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 _____

裏面もご記入ください⇒

⑧ご利用中の制度にチェックください

精神障害者手帳 障害年金 自立支援医療 生活保護 その他()

⑨これまで試した治療法、健康法、精神療法、サプリメントなどがありましたら教えてください

()

⑩ご本人の性格について当てはまると思うものはありますか？

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 くどい 孤独

⑪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

⑫ご家族・ご親族に精神科の病歴がある方はいらっしゃいますか？ いる いない

どなたがどんな病気の治療をされたか、お書きください。わかる範囲で構いません。

()

⑬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

⑭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

⑮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【 】

⑯当院をお知りになったきっかけを教えてください。(該当するものは全てチェックください)

ホームページ(パソコンで 携帯で) そのときに検索されたキーワードは?()
知人、家族に聞いて(どなたから) 心の学校グループで聞いて()
雑誌を見て(雑誌名:) 看板を見て
佐藤先生の書籍(題名:) 宮島医師の書籍(題名:)
その他()

ご記入ありがとうございました。