

かつもとメンタルクリニック 診療申し込み・問診票

● お手数ですが、診察にあたり下記の質問にお答え下さい 平成 年 月 日

○ 受診者について 記入者： 本人 ・ 同伴者（お名前 続柄 ）

ふりがな	生年月日
氏名 男 女	明・大・昭・平 年 月 日 (満 歳)
住所 〒 —	電話番号 自宅： 携帯電話：
☆当てはまるものに○印をつけてください	緊急時の連絡先をよろしければご記入下さい 電話番号： 続柄

☆当てはまるものに○印をつけてください

- 【1】 本日来られたのは、
- a. タウンページを見て
 - b. 当クリニックのホームページを見て
 - c. インターネットなどで検索して
 - d. 以前より _____ 病院で勝元医師の診察を受けていた
 - e. 他の医療機関や保健所などからの紹介 紹介医療機関名： _____
紹介状： あり・なし、 通院公費負担： あり・なし
 - f. その他 ()

【2】 どのようなことがお困りでこられたのですか？ いつ頃からどんな症状があるのですか？

【3】 主な症状で当てはまるものがあれば○をつけて下さい。

眠れない、不安、恐怖感、いらいら、ゆううつ、頭痛、頭重感、もの忘れ、ひきつけ、疲れやすい、
食欲不振、過食、拒食、肥満、やせ、動悸、息苦しさ、奇妙な言動（独りごと、独り笑い）
口数が少なくなった、歩きにくい、手足のしびれ、手足の痛み、手足に力が入らない、手がふるえる、
夜尿、夜泣き、学校嫌い、吐き気、めまい、耳鳴り、性格が変わった、落ち着きがない、
ウロウロする、よくしゃべる、不必要なものをよく買う、同じ行動を繰り返す（手洗い、確認など）、
酒の上での問題がある（酒の量 _____）、肝臓が悪い、暴力をふるう

【4】 上記の症状などでこれまでに医師の診察を受けたことがありますか？

- はい（現在 病院名； _____） ● いいえ
- （以前 年 月頃 病院名； _____）

裏面もあります