

問診票

【うつ病治療(経頭蓋磁気刺激治療/TMS)の無料相談】

記入日: 年 月 日

※問診票は必要な情報となるため、必ず記入をしてください

フリガナ		男・女	生年月日			年齢
氏名			西暦	年	月	日

住所	〒	-	電話番号	

現在の状況について教えてください。

- ・精神科、心療内科に通院中もしくは受診したことがありますか？ はい・いいえ
- ・現在(または過去に)うつ病と診断されている(された)ことがありますか？ はい・いいえ
- ・現在服用している、うつ病のお薬はありますか？ はい・いいえ

<< うつ病でお困りの方へ >>

※ 当院は、うつ病治療の新たなアプローチである、お薬に頼らない副作用の少ないうつ病治療法(TMS)を提供しています。

このような治療法について、検討したいと思いませんか？

はい いいえ

↓

【はい】とお答えの方へ

上記について、本日相談したい項目にチェックをしてください(複数選択可)

治療方法 治療効果 治療の痛み

※ うつ病治療法(TMS)について他に聞きたいことがあれば下記にご記入ください

※ご相談内容によっては後日、**有料診察(4,800円/10分)**となります。
※相談のお時間は**10分間程度**です。予め御了承ください。