

# 問診票/自由診療

※問診票は診察の際に必要な情報となるため、ご記入をお願いします。

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		同伴者氏名	(本人との関係: )
------	--	-------	------------

緊急連絡先	電話番号:	/氏名:	(続柄: )
-------	-------	------	--------

職業	会社員・公務員・自営業・学生・無職・その他( )		
----	--------------------------	--	--

◆ 本日の受診目的にチェック☑を入れてください。

本日TMS治療を希望する(お試しセット)

検査のみ(医師による検査結果の説明時間は10分です。)

診察のみ(有料)

◆ 今一番困っていること、相談したい内容をお書きください。

  
  

◆ 症状のきっかけとなる出来事がありますか？また、症状はいつ頃からですか？

  
  

◆ あてはまる症状はありますか？下記よりいくつかでも困んでください。

・不安 ・焦燥 ・意欲低下 ・物忘れ ・思考力低下 ・集中力低下 ・強迫症状

・食欲低下 ・拒食 ・過食 ・不眠 ・過眠 ・頭痛 ・動悸 ・吐き気 ・便秘 ・下痢

・その他症状( )

◆ 現在または以前に、精神科・心療内科に通院・入院していた事がありますか？

・外来:( 現在も通院中 ・ ある ・ ない ) 病院名: 主治医:

・入院:( ある ・ ない ) 病院名: 主治医:

・診断名:

◆ 現在、使用中のお薬はありますか？ ( ある ・ ない ) ※あると答えた方は薬名をご記入ください。

  
  

◆ 今までの病気やけがについて、ありましたらご記入ください。