



診療申込書

中原こころのクリニック

令和 年 月 日

ふりがな		生 年 月 日
お名前	(男・女)	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日生
ご住所	〒	お電話

※当院を知ったきっかけは何ですか？

- 1 役所からの紹介 2 通所施設からの紹介 3 他院からの紹介
 4 知人からの紹介 5 ケアマネージャーからの紹介 6 当院ホームページ
 7 外看板 8 SNS 9 その他 (

1.本日はどのような症状でおかかりですか？

不眠 不安 憂うつ感 情緒不安定 意欲低下 食欲低下
 その他：
 上記症状はいつ頃からありますか？ 年 月頃から

2.今までに心療内科・精神科の治療を受けたことがありますか？ (ない ・ ある

病院名 _____ (通院・入院) 期間 年 月 ~ 年 月

病院名 _____ (通院・入院) 期間 年 月 ~ 年 月

3.現在他科にもおかかりですか？ (いいえ ・ はい) はいと書かれた方へ

病院名・科目名・病名 (_____)

4.血縁者の方で、心療内科・精神科へ通院歴のある方はいらっしゃいますか？

(はい ・ いいえ) (続柄： _____)

5.現在お飲みのお薬はありますか？ (ない ・ 病院の薬を飲んでいる)

お薬の内容：

6.薬の副作用・アレルギーはありますか？ あり ・ なし

薬剤・食べ物 (_____) 症状 (_____)

裏面もご記入お願い致します↓

