

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。)

- ◆ 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ってください。

- ・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。