

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()			

◆ 本日の受診目的について、どちらかにチェック☑を入れてください。

本日TMS治療を希望する(お試しセット)

現状把握(検査目的・その他)

※診察時間は15分です。あらかじめ相談したいことを1点~2点まとめておくとスムーズです。

◆ 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囲んでください。

- | | |
|---|---|
| ・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。