

■ 名前	(フリガナ)	■ 年齢	歳
		■ 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
■ 生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 生まれ		
■ 住所	〒		
■ 電話番号	自宅 () — 携帯 () —		
■ ご職業 学校(学年)			
■ いつ頃からどのような症状でお困りですか？ 例)3ヶ月前から眠れず、気分が落ち込むetc. _____ _____ _____			
1 現在、精神科・心療内科などに通院していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (紹介状が必要です)			
2 以前、精神科・心療内科などを受診したことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (時期: 医療機関名:)			
3 現在、内科や外科など他の科で治療を受けていますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (医療機関名: 科:)			
4 現在、内服している薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬品名:)			
5 睡眠について <input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 途中で目が覚める <input type="checkbox"/> 朝早く目が覚める <input type="checkbox"/> 眠りが浅い			



6 食欲について

普通に食べている なんとか食べている 食べられない 食べ過ぎる

7 便秘について

問題ない 下痢気味 便秘気味（便秘薬<下剤>の使用：なし・あり）

8 お酒について

飲まない 飲む（酒の種類・量： _____ 週に何日飲酒するか： _____ 日）

9 今まで薬を飲んで具合が悪くなったことやアレルギーはありますか？

ない ある（薬品名： _____ ）

10 当院について何でお知りになりましたか？

インターネット 電話帳 新聞等の広告 他院からの紹介 その他

11 今後、当院から連絡をさせていただく場合（「東札幌メンタルクリニックです」と名乗ります）

携帯電話のみ 自宅の電話も可 その他、指定の番号（ _____ ）

※原則的に「東札幌メンタルクリニック」と名乗りますが、事情により当院の名称を家族などに知られたくない場合は必ず携帯番号か「その他、指定の番号」に番号をご記入下さい。

12 緊急連絡先（緊急時、医師の判断でご家族等に連絡することがあります。確実に連絡のつく方）

ご本人との関係 祖父母 父親 母親 配偶者 子ども その他（ _____ ）

電話番号	自宅（ _____ ）	—	携帯（ _____ ）	—
------	-------------	---	-------------	---

13 備考欄



東札幌メンタルクリニック

HIGASHI-SAPPORO MENTAL CLINIC

〒003-0003 札幌市白石区東札幌3条3丁目13番1 シヴァビル4F

TEL 011-817-1556

診療
時間

月・火・水 10:00～17:30

金 12:00～19:00

第1・3土曜 10:00～15:00

休診日／木曜・第2・4・5土曜・日曜・祝祭日