

ID No. : _____

初診診療申込書

ご記入日 : _____年 _____月 _____日

ご本人

フリガナ

お名前 : _____

性別 : 男 ・ 女

生年月日・年齢 : M・T・S・H , _____年 _____月 _____日生, (_____)才

ご住所 : 〒 _____ , _____

ご連絡先電話番号 : 自宅電話 : _____ (_____)

携帯電話 : _____ (_____)

ご職業 : _____

付添者

お名前 : _____

ご本人とのご関係 : _____

ご連絡先電話番号 : 自宅電話 : _____ (_____)

携帯電話 : _____ (_____)

当クリニックについては何でお知りになりましたか :

インターネット(パソコン・携帯・スマートフォン) , 医師・カウンセラーの紹介

家族・知人の紹介 , 電話帳 , 地域情報誌

その他 (_____)

紹介状の有無 : 有 ・ 無

備考(この欄のご記入は不要です)

10. 最終学歴

_____ 卒業・在学中（ _____ 年）・中退

11. 職業歴（いつ頃からいつ頃までどんな仕事をしてきたか書いてください）

12. 結婚歴

・未婚 ・既婚 （ _____ 年から） ・パートナーがいる（ _____ 年から）
 ・離婚 （ _____ 年の時） ・死別 （ _____ 年の時）

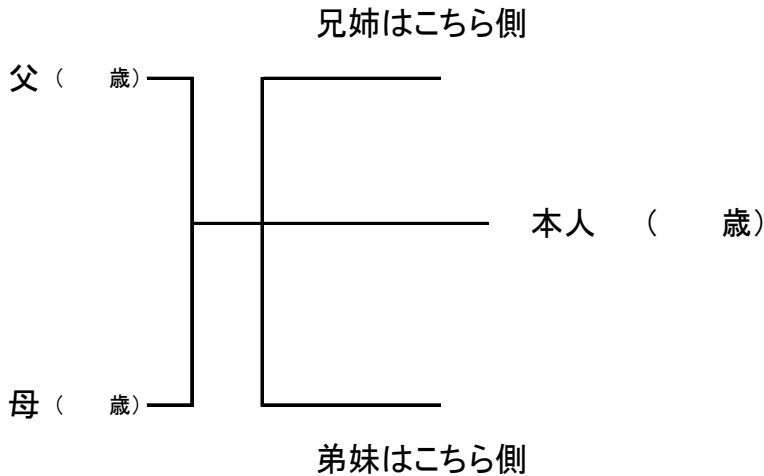
13. ご家族について

死亡されている方は死亡時の年齢を（+ _____ 歳）のように記入してください。

兄弟姉妹については、年長者から順番に性別と年齢を記入してください。

ほかにご家族がいれば記入してください。（配偶者・子供など）

現在いっしょに暮している人を線で囲んでください。



14. ご家族、ご親戚で、心療内科・精神科にかかったことのある方はおられますか。

15. ご家族で身体の病気で治療を受けている方はおられますか。

16. 何か追加でありましたら書いてください（治療についての希望・質問、その他何でも）

（ご本人以外の方が記入された場合）

記入者のお名前 _____ ご本人とのご関係 _____