

初診申し込み票

※記入してFAXしてください⇒**0155-21-2231**
後日こちらから連絡します。

氏名： _____ (男・女) _____ 年 月 日生 (歳 ヲ月)
学校学年・職場 _____
住所：〒 _____
メールアドレス： _____
電話番号： (_____) _____ - _____ FAX番号： (_____) _____ - _____
記入日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者： _____

十勝むつみのクリニック 診療方法： 事前申し込み → 事前資料のやりとり → 当日診療
電話番号 (0155) 21-1131 FAX番号 (0155) 21-2231 info@mutsumino.info

- 1 今回はどのような目的で受診されましたか。当てはまるもの全てに○を付けて下さい。
- ・ 違う医師から話を聞きたい
 - ・ 診断名を知りたい
 - ・ 子どもの行動を理解したい
 - ・ 子どもへの関わり方を知りたい
 - ・ 自分の特徴を知りたい
 - ・ 自分の強みを知りたい
 - ・ 自分の弱みを知りたい
 - ・ 就学についての相談
 - ・ 就労についての相談
 - ・ 代替医療を受けたい
 - ・ 薬について相談したい
 - ・ 薬を減らしたい
 - ・ 配偶者の行動を理解したい
 - ・ 配偶者との関わり方を知りたい
 - ・ 医師意見書を書いてほしい
 - ・ 紹介状を書いてほしい
 - ・ その他の診断書を書いてほしい
 - 検査を受けたい
- ・ _____ から受診を勧められた
- その他何かありましたら、具体的に記入してください

- 2 困っている、悩んでいる、苦勞していることなどを、詳しく記入してください。(書ききれない場合は別紙にてFAX)

- 3 家や学校や職場での状態について記入してください。

- 4 家や学校や職場の環境について以下の質問にお答えください。

- ① 現在の状況へのご家族の理解や協力はありますか。
- ② ご家族との接触・交流状況について記入してください。
- ③ 話す、遊ぶ、寝る、食べるなどの趣味や娯楽はありますか。

- 5 今までに他機関にて治療・検査・相談されたことがありますか。
どのような診断や助言を受けましたか。現在、投薬を受けていますか。

6 現在、次のような症状がありますか（あれば○で囲んで下さい）

本人記入

- ・ 寝つきが悪い ・ 眠りが浅い ・ 早く目が覚める ・ 眠り過ぎる ・ 食欲がない ・ 朝調子が悪い
- ・ 体がだるい ・ 頭が重い ・ 胸が苦しい ・ 口が渇く ・ 寝汗をかく ・ 便秘や下痢が続く
- ・ 好きな事を楽しめない ・ 趣味もやる気がしない ・ 何をするのも面倒 ・ 新聞が読めない
- ・ 集中力がない ・ 決断ができない ・ イライラする ・ 不安が強い ・ 憂うつである
- ・ 突然に悲しくなる ・ 無気力である ・ リストカット ・ 死にたくなる ・ 自殺を図った
- ・ 生き甲斐がない

- ・ 気分が高ぶりすぎる ・ 眠らなくても平気 ・ しゃべりすぎる ・ メールや電話をしすぎる
- ・ 物忘れが多い ・ ずっとやり続ける ・ 怒りっぽい ・ お金を使いすぎる ・ 性欲が亢進

- ・ 突然に息苦しくなる ・ 突然に不安や恐怖がおこる ・ 気になりすぎる ・
- ・ 怖い考えが頭に浮かぶ ・ 何度もくり返してしまう ・ 確認しないと気が済まない
- ・ ものを溜めこみすぎる ・ ものを捨てられない ・ こだわりが強い ・ 集団が怖い
- ・ 人前に出るのが怖い ・ 人を避ける ・ 周囲が気になりすぎる

- ・ 勝手に考えやイメージが浮かぶ ・ ものが変に見える ・ 誰かがそばにいる気配がする
- ・ 見られている気がする ・ 悪口を言われている気がする ・ 頭が働かなくなる
- ・ すぐ前のことが思い出せない ・ 来た道を覚えていない ・ やったことを覚えていない
- ・ 自分が自分から離れている ・ 現実が現実でない気がする ・ 自分が自分でない気がする
- ・ 自分が複数いる

- ・ 頭の中から声がある ・ 空耳や幻聴がある ・ 過去のことを思い出せない
- ・ 過去のことがフラッシュバックする ・ 何度も同じ考えが浮かぶ ・ 悪夢にうなされる
- ・ 予感が当たる ・ 幽霊や幻覚が見える ・ 傷つきやすい ・ 五感に敏感すぎる
- ・ 人に共感しすぎる ・ 日中の過剰な眠気がある ・ 寝る時に金縛りにあう
- ・ 夜中にあった事を覚えていない ・ 笑ったりすると力が抜ける

- ・ 体と心の性が一致しない ・ さみしさや孤独感がある ・ もうどうでもいいと思う
- ・ 見捨てられることが怖い ・ 人や物に依存しやすい ・ 限度なく食べ続ける
- ・ 過食と拒食をくり返す ・ 食べ物を受け付けなくなる

- ・ 内心を人に見せない ・ 自分の弱みを見せない ・ 自分を好きになれない
- ・ 自分を信じられない ・ 他人を信じられない ・ 親は当てにならない
- ・ 親に完璧を求められた ・ 何も考えられなくなる ・ 思考が飛ぶ ・ 整理整頓が苦手
- ・ スケジュールをこなせない ・ 異常に疲れやすい ・ 相手の感情に影響されやすい

7 返信先の希望

- ・ TEL： 番号 _____ () 時間帯 午前中 昼休み 午後 夕方 夜
- ・ FAX： 番号 _____ 時間帯 平日 土曜日 祝休日
- ・ メール： アドレス _____)
- ・ 診療方法： 当院受診（保険診療） オンライン診療（自由診療） 電話診療（自由診療）
- ・ 緊急度： 至急 1週間以内 1ヶ月以内 2ヶ月以内 3ヶ月以内 それ以上でもよい
- ・ 診療時間： 5分 15分 30分 60分
- ・ その他、ご希望があればお書きください。 _____
- ・ _____

とかちむつみのクリニック：