

【受付票】

心療内科・精神科（幕張クリニック）

ID： _____

記入者： ご本人, ご本人以外 → 続柄： _____

ふりがな：	男 ・ 女	住所： 〒 _____
氏名： <small>※本名でお呼びすることに差し障りがある方はお申し出ください</small>		
生年月日： 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		電話番号： _____ 携帯電話： _____

ご記入をお願いします。不明なところや書きにくいところは空欄のままで結構です。

・本院（邦潤会 わかば宮本医院）に通院歴はございますか？ なし あり

※良くしたい症状、お困りのこと、それはいつからかをお書きください（複数ある場合は深刻なものから）

- ① _____ (年 月ころから)
② _____ (年 月ころから)
③ _____ (年 月ころから)

上記の症状について

最近（6ヶ月程度）の経過は？ 改善傾向 悪化傾向 変わらない 波がある

そのことでどこかに受診されたことは？

ない ある → 通院 入院

はじめに（医療機関名） _____ 年 月から _____ 年 月まで

最近 _____ 年 月から _____ 年 月まで

※当日はご本人の他にどなたか来院されますか？

ご本人のみ, お付き添いの方 → 続柄： _____

当院を何で知りましたか？ よろしければ下記該当項目に○をつけてください
ネット検索・□コミ（知人や家族から）・近くを通った・他院からの勧め・その他
当院までの交通手段を教えてください 車（又はタクシー）・電車・バス・自転車（又はバイク）・徒歩

