

カルテ番号 \_\_\_\_\_

## 初診受付票

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 性別 (男・女)

生年月日 (大正・昭和・平成) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

( ) 歳

ご住所：(〒 \_\_\_\_\_ )

最寄り駅 \_\_\_\_\_ 線 \_\_\_\_\_ 駅

電話番号 (自宅) \_\_\_\_\_

電話番号 (携帯) \_\_\_\_\_

主な症状で当てはまるものがあればチェックしてください。

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 気分が落ち込む、沈む                           | <input type="checkbox"/> 集中力がない     |
| <input type="checkbox"/> 意欲がわからない                             | <input type="checkbox"/> 頭の回転が鈍くなった |
| <input type="checkbox"/> 悲しくなる、泣いてしまう                         | <input type="checkbox"/> 細かいことが気になる |
| <input type="checkbox"/> 物事に悲観的                               | <input type="checkbox"/> 物音が気になる    |
| <input type="checkbox"/> 情緒不安定、感情がまとまらない                      | <input type="checkbox"/> 神経過敏       |
| <input type="checkbox"/> 不安                                   | <input type="checkbox"/> 眠れない       |
| <input type="checkbox"/> いらいら                                 | <input type="checkbox"/> 寝過ぎてしまう    |
| <input type="checkbox"/> 焦燥感                                  | <input type="checkbox"/> 気分には波がある   |
| <input type="checkbox"/> 対人不安、対人緊張                            | <input type="checkbox"/> その他        |
| <input type="checkbox"/> 人の気持ちを過度に気にしてしまう                     | (自由記入)                              |
| <input type="checkbox"/> 人の視線が気になる                            |                                     |
| <input type="checkbox"/> 悪く思われているのではないかと不安、<br>悪口を言われている気がする。 |                                     |
| <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない                            |                                     |