

表参道こころのクリニック 初診インテーク問診ボード

フリガナ

お名前 生年月日 () 歳

〒 -

住所

電話番号・携帯番号 1、
2、

健保種別 (複数回答可)

ご職業

社保、 国保、 生保、 労災、 損保、 自立支援、

その他 ()

ご同居の家族構成

このクリニックを何でお知りになりましたか？ (複数回答可)

渋谷看板、 新聞・雑誌、 電柱広告、 インターネット、 チラシ

知人の紹介、 病院・診療所からの紹介、 カウンセリング・ルームからの紹介

店舗・商店街からの紹介、 たまたま通りかかって、 その他 ()

いつごろから、どのような症状でお困りですか？

治療へのご希望をお教えてください？ (また、これまでに病院・カウンセリングなどに通院されたご経験があれば踏まえてお答えください。お薬のご希望、治療目標・期間など)

アレルギー反応や、薬・治療の副作用でお困りになられたご経験がありますか？

これまで大きな病気やお怪我のご経験がありますか？