

児童・思春期外来での診療を希望される方は以下にご記入のうえ、ご郵送ください

郵送先：〒175-0091 板橋区三園 1-19-1
成増厚生病院「総合外来」宛

受診を希望される方について教えてください

(ふりがな)

お名前 _____ 年齢 _____ 才

性別 男 女 無回答

在籍校 _____ 年
(可能であれば、ご記載ください)

これまでどこか精神科にかかったことはありますか

いいえ はい (医療機関名: _____)
(診断名: _____)
→紹介状をお持ちですか はい いいえ
よろしければ転院の理由を教えてください

精神科または身体の病気で入院したことがありますか

いいえ はい (医療機関名: _____)
(時期: _____)

ご本人は受診に関して同意されていますか はい いいえ

受診を希望されたきっかけはどのようなことでしょうか

一番のご心配はどのようなことでしょうか

