

スケジュール (サイボウズ)	名前登録 (FP)	顧客情報・ 履歴 (IGA)

初回問合せ電話回線
<input type="checkbox"/> クリニック <input type="checkbox"/> 研究所 <input type="checkbox"/> WEB

受付者

IGA: DB No.

電話受付票

受付日時 2017年 月 日 () 時 分 (初回・回目)
(ふりがな)

お問い合わせ者名前 (男・女) (受講・未受講)

1. ここは何でお知りになりましたか？

ホームページ 知人、家族に聞いて 書籍 () その他:

2. どのような内容でご連絡いただきましたでしょうか。

- ① 初めて精神科を受診 ⇒ 4.予約へ
- ② 他院へ通院している ⇒ 3.通院状況へ
- ③ 減薬・断薬をしたい ⇒ 3.通院状況へ
- ④ 薬、磁気、電気を使わず治したい ⇒ ①か②へ
- ⑤ 家族の治療をしてもらいたい ⇒ 5.受診される方の情報へ 簡単に状況をお伺いしてもよろしいでしょうか？

3. 通院状況をお聞きしてもよろしいでしょうか？

通院歴: 精神科 心療内科 その他() 入院歴: あり なし
 年 月頃から または 歳頃から
 診断名: うつ その他() なし・不明
 薬の服用: あり() なし 過去にあった()
自立支援 精神障害者手帳 障害年金 生活保護

4. 予約 診療相談・診察 (診察は、ご本人のみの受付となります)

<input type="checkbox"/> 月 日 () 時 分 ~	<input type="checkbox"/> 20分前来院 伝達済 <input type="checkbox"/> 受付票 <input type="checkbox"/> QIDS
--	---

後日連絡 (希望日時 月 日 () 時)
(ふりがな) 生年月日 年 月 日

5. 受診される方の情報 本人・その他 年齢 才 (男・女)

お問合わせ者から見た本人との関係 親 子 配偶者 親戚 知人 その他()

〒 - 都・道 市・区
府・県 町・村

6. 連絡先(電話番号)	(受講・未受講)
---------------------	----------