

当院では、予約制を取っております。事前予約がない場合は、別の日程で診察
させていただく場合もございます。ご了承ください。

しばらく当院を受診されていなかった方へ

診察の際、参考にしますのでお分かりになる範囲でお書きください。

フリガナ：

受診される方のお名前： 〈 男 ・ 女 〉

生年月日： 年 月 日 〈 歳〉 職業：

この質問用紙に記入している人のお名前： 〈関係〉

連絡先： ☎

【1】どのような理由で受診希望されましたか

【2】いつ頃からですか 年 月頃から 〈 急に ・ 徐々に 〉

【3】前回、当院を受診されてから精神科や心療内科を受診したことがありますか
〈なし・あり〉

ありの方 ⇒ 病院名
病名
薬の内容
治療期間
入院回数 回
最終入院 年 月 日 ～ 年 月 日

【次のページへ続く】

【4】現在、病気やけがで病院にかかっていますか 〈はい・いいえ〉

はいの方 ⇒ 病院名 _____
病名 _____
薬の内容 _____
治療期間 _____

【5】これまでに大きなけがで病院にかかっていますか 〈はい・いいえ〉

はいの方 ⇒ 病院名 _____
病名 _____
薬の内容 _____
治療期間 _____

【6】お薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか

薬 〈 _____ 〉 食べ物 〈 _____ 〉

【7】今までの健康診断や検査等で、何らかの指摘を受けたことがありますか

なし ・ あり 〈下記に詳細をご記入ください〉

いつ頃 _____ どこで _____
指摘された内容 _____

【8】今までに失神を起こしたことがありますか

なし ・ あり 〈下記に詳細をご記入ください〉

いつ頃 _____
指摘された内容 _____

【9】下記のご病気に罹患したことがありましたら○をしてください

肺結核 ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ その他感染症 (_____)

【10】たばこやお酒をたしなみますか？

タバコ 〈はい・いいえ〉 1日 _____ 本／ _____ 歳から

お酒 〈はい・いいえ〉 _____ を _____ ぐらい飲む

☐ 毎日昼夜を問わず飲む ☐ 毎晩晩酌する ☐ 時々飲む(週 _____ 回)

【11】

シンナー・大麻・覚せい剤などの薬物の使用経験はありますか

なし ・ あり 〈下記に詳細をご記入ください〉

_____ を _____ 年間／ヶ月間 使用したことがある。

【次のページへ続く】

【12】 家族構成を教えてください。

.....人兄妹の.....	番目.....		
現在結婚されていますか	☐ はい	歳頃結婚	☐ いいえ
過去に結婚歴がありますか	☐ はい	回	☐ いいえ
	1回目	歳時結婚	歳時離婚
	2回目	歳時結婚	歳時離婚
	3回目	歳時結婚	歳時離婚
	4回以上		
			

【13】 現在利用している社会資源を教えてください

☐介護保険

☐障害福祉サービス

☐障害年金

☐障害者手帳 〈 精神 ・ 療育 ・ 身体 〉 等級:

☐自立支援医療費

☐訪問看護

☐デイケア

【14】 経済面での困りごとや障害福祉サービス等の利用について相談したいことがありますか

.....〈なし ・ あり〉..... 〈下記に詳細をご記入ください〉

.....

.....

.....

.....

.....

【15】 女性の方のみお答えください

月経は正常ですか 〈はい・いいえ〉.....

月経前・月経中の体調不良はありますか 〈はい・いいえ〉.....

現在妊娠していますか 〈はい・いいえ〉..... 妊娠.....ヶ月.....

※マイナンバーカード、お薬手帳〈お持ちでない方は、服用中のお薬内容が分かるもの〉をお忘れなくお持ちください。