

予 診 票

記入日 年 月 日
記入者 本人・その他()

ふりがな		男・女	生年月日
氏 名			大・昭・平 年 月 日(歳)
住 所			
電話番号	自 宅	携 帯	

その他の連絡先

ふりがな		男・女	続 柄
氏 名			
住 所			
電話番号	自 宅	携 帯	

◆今回来院された目的は？

通院 入院 セカンドオピニオン その他()

◆今回来院された理由、今一番困っていること、相談したいことなどをお書きください。

◆上に書かれたこと(症状)は、いつ頃から、どのようなきっかけで始まりましたか？

◆睡 眠 : よい ・ 悪い(寝つきが悪い・夜中に何度も目が覚める・早朝に目が覚める)

◆食 欲 : ある ・ ない

◆喫 煙 : 吸わない ・ 吸う(本/日) ・ 以前は吸っていた

◆飲 酒 : 飲まない ・ 飲む(お酒の種類:) (酒量 /日)

◆今、一緒に暮らされている方で感染症(インフルエンザ等)の人はいますか？ いない ・ いる()

◆これまでに精神科・心療内科にかかれたことはありますか？ ない・ある

医療・相談機関名	期 間			
	年	月	～	年 月
	年	月	～	年 月
	年	月	～	年 月
	年	月	～	年 月

◆血縁のご家族・ご親族に精神科・心療内科の病気のある方はいますか？

◆これまでにかかれた病気について教えてください。

糖尿病(内服:あり なし インスリン:あり なし)

高血圧 心臓疾患()

脳に関する病気()

大きなケガ、事故、手術()

現在、飲んでいるお薬はありますか？ なし あり()

◆薬・食物によるアレルギーや副作用歴があれば教えてください。

◆介護保険の認定は受けていますか？

はい(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) いいえ

担当ケアマネージャー:

利用しているサービス:

◆ご家族についてお伺いします。

①ご両親[父]()歳 [母]()歳

ご両親が亡くなられている場合(例 父 心筋梗塞により58歳:)

②兄弟姉妹 なし あり(人中 番目)

③ご自身の結婚 未婚 既婚()歳 離婚()歳 再婚()歳

④子ども なし あり(例 男13歳 女13歳:)

⑤現在同居している方 なし あり(例 父、母、兄:)

◆学歴についてお伺いします。

()小学校卒業

()中学校卒業

()高等学校卒業・中退

最終学歴()

◆職歴についてお伺いします。

年 齢	職 種
歳 ～ 歳	
歳 ～ 歳	
歳 ～ 歳	