

問 診 票

令和____年____月____日

フリガナ.....

性別 男性・女性

ご氏名 _____ 生年月日 _____ < _____ > 才 _____

ご住所 _____

電話番号 _____ (本人・家族・その他: _____)

●記入をした人: 本人・家族・その他 (_____)

- 今日の診察はどなたと来られましたか？
*一人で来た *一緒に来た人がいる (本人との関係 _____)
- 心療内科・精神科・メンタルクリニック・セラピー等の診察は初めてですか？
*初めて
*服部病院にかかったことがある (_____ 年頃)
*他の病院にかかったことがある (医療機関名 _____)
→紹介状: あり・なし
*家族が服部病院に相談にきたことがある (_____ 頃)
- 今日はどんな症状で来院されましたか？
当てはまる症状があれば全て○をつけて下さい。
*元気がでない *眠れない *食欲がない
*集中力がない *不安が強い *いらいらする
*その他 (_____)
*依存症だと思う、または人から依存症と言われる
→アルコール・薬物(処方薬などを含む)・ギャンブル・その他(_____)
- 今日希望すること
*入院をしたい *薬が欲しい *診断書が欲しい *症状を相談したい
*検査をしたい (認知症・発達障害・その他の検査: _____)
- 福祉サービスについて (受けている方は○をつけて下さい)
*障害者手帳/年金: 身体・精神・療育… ____ 級 *介護: なし・あり… ____
- アレルギーはありますか？ (好き嫌いではありません) *はい *いいえ
- (女性の方へ) 妊娠の可能性はありますか？ *はい *いいえ