

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 ()

1. 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)

2. 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)

*他の精神科病院にかかったことがある (医療機関名)

→紹介状：あり・なし

3. 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

*依存症について相談したい

→アルコール・薬物(処方薬などを含む)・ギャンブル・性・その他 ()

*検査をしたい

→認知症・発達障害・その他 ()

4. 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：身体・精神・療育… 級

*障害者年金：身体・精神・療育… 級

*介護：なし・あり… ・申請中 (月 日)

5. 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

6. (女性の方へ) 妊娠の可能性はありますか？ *はい *いいえ