

問 診 票 (1)

令和 年 月 日

フリガナ					
本人氏名		年齢	才	性別	男・女
同伴者氏名	続柄 () TEL () - () - ()				
緊急連絡先	続柄 () TEL () - () - ()				

(1) 今、一番困っていることは何ですか？

--

(2) 現在の症状について○をつけてください。

	元気がない
	何もしたくない
	他の人から悪口、噂を言われる
	ほかのひとから危害を加えられそう
	ひとり言・一人笑いがある
	クヨクヨして悲観的である
	心身の不調が気になる
	物忘れがひどい
	イライラして怒りっぽい
	おしゃべりで落ち着きがない
	飲酒が多く酔い方が異常
	自分を傷つけたくなる時がある (自傷行為)

裏面に続きます ↓

問 診 票 (2)

(3) 症状はいつ頃からありますか？ (年 月 日頃から)
(4) 症状の起こり方はどうでしたか？ (突発的に、徐々に、わからない)
(5) 過去に大きな病気や外傷にかかったことはありますか？ (ある、ない、わからない) いつ頃 どんな病気ですか？ 年 月頃 病名
(6) 過去に心療内科、精神科を受診したことがありますか？ (ある、ない、わからない) いつ頃 どんな病気ですか？ 年 月頃 病名
(7) 現在治療中の病気はありますか？ (ある、ない、わからない) 病院名、病名、お薬の内容等がわかるようであればご記入ください 病院名 薬品名 ※お薬手帳をお持ちの方はスタッフへ提出ください。 病 名
(8) アレルギーはありますか？ (ある、ない、わからない) 何のアレルギーですか？
(9) その他何かございましたらご記入ください
(10) 当院をお知りになった理由を教えてください 電話帳、インターネット、知人の紹介、その他 ()

ご記入ありがとうございました。