

問診票

記入日 202 年 月 日

名前：		性別： 男 女 左記以外（ ）	
ご住所：〒 県 市 電話番号：（ - - ） 緊急時連絡先 お名前： 関係： 電話番号（ - - ）			
1 お困りになられていること、悩まれていること、相談したいことなどをお書き下さい			
2 1のことはいつごろから始まりましたか？			
3 お困りごとについて、ご自身なりの心当たりや原因ある場合、そのことについて教えてください			
4 今回のことで精神科・心療内科を受診したことはありますか？ （ある・ない）			
医療機関名	受診された日	受診理由	
	年 月		
	年 月		
5 これまでの体の病気や病気になった年を教えてください			
6 現在常用している薬を教えてください（薬手帳をお持ちの場合、そちらを提出ください）			
7 体のことについて教えてください			
アレルギー： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（その薬や食品等の名前： ） お酒： <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む（酒の種類： 1日量： ） たばこ： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う（1日量： 本 喫煙開始： 歳から）			
8 社会的サポートについて、チェックを入れてください			
同居の有無： <input type="checkbox"/> なし（単身生活） <input type="checkbox"/> あり（同居の家族： 人） 自立支援医療： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 障害者手帳： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（手帳の種類： <input type="checkbox"/> 精神 級 <input type="checkbox"/> 療育 度 <input type="checkbox"/> 身体 級） 要介護認定： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（介護区分：要支援 度 要介護 度）			
9 医師へのご希望・ご要望などがあればお書き下さい。			
ご記入いただきありがとうございました。受付までお持ちください。			