

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： ご関係： 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 今回のことでの精神科・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。			