

# 問 診 票

※カルテ番号：

紹介状 あり・なし

氏名： \_\_\_\_\_

記入日：令和 年 月 日

※事務記入欄

診察を行う前に、下記のご質問にお答え頂いております。分かる範囲で結構ですので、ご回答をお願い致します。  
なお、ご記入いただいた個人情報は、当院での診療行為に関してのみ使用致します

1. 以下の項目に記載をお願いします

\*職業 ( ) \*最終学歴 ( ) \*利き手 (右・左)

\*薬アレルギー ( ) \*食べ物アレルギー ( ) \*その他アレルギー ( )

\*本日受診時の同伴者 ( )

2. お困りの方はどなたですか?  本人  家族  その他 (ご関係: )

3. 今回どのようなことでお困りでしょうか? .....

下記に当てはまるものがあればチェックしてください。

ゆうつ  不安  不眠  食欲がない  性欲がない  怒りっぽい

3 これまでに心療内科・精神科のクリニックや病院、相談機関での治療・相談をされたことはありますか?

病院名・相談機関名	科	期 間				
		年 月	~ 年 月	通院	入院	相談
		年 月	~ 年 月	通院	入院	相談
		年 月	~ 年 月	通院	入院	相談
		年 月	~ 年 月	通院	入院	相談

3. 希望される内容にチェックをお願いします。

: 外来通院  : 入院希望  : セカンドオピニオン  : 相談【家族の方のみの来院】

: 診断書  : その他 ( )

5. 治療中のおからだの病気があれば教えてください。 .....

6. 利用中の社会福祉サービスについて教えてください。

自立支援医療 あり・なし

精神障害者保健福祉手帳 あり (1・2・3 級)・なし

療育手帳 あり (A1・A2・B1・B2)・なし

身体障害者手帳 あり (1・2・3・4・5・6 級)・なし

障害年金 あり (1・2・3 級)・なし

生活保護受給 あり・なし

介護保険 あり (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)・なし

ケアマネージャー: 事業所 ( ) 担当者 ( )

その他の支援担当者: ( )

サービス利用 あり [デイサービス・デイケア・訪問介護・訪問看護・就労支援事業所・その他 ( ) ]・なし

ご協力ありがとうございました