

紹介状 あり・なし

# 問 診 票

※カルテ番号：

※氏名：

※事務記入

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。

記入日：平成 年 月 日

職業		最終学歴		利き手	右・左	アレルギー	有・無 ( )
----	--	------	--	-----	-----	-------	---------

1. お困りの方はどなたですか？  本人  家族  その他（ご関係： ）  
2. 今回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

4. 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