

★ 初診の方へ ★

来院日 年 月 日

氏名

★ 以前、当院を受診したことがありますか。(はい・いいえ)

・はいの方 年 月ごろ

★ 紹介状をお持ちですか。( はい ・ いいえ )

★今日は、どのようなことで受診されましたか。例) 眠れない・物忘れがひどい・変な声が聴こえるなど

★それは、いつ始まりましたか。

★これまで、精神科や心療内科、神経科の治療を受けたことがありますか。( はい ・ いいえ )

年	月頃	病院( 外来 ・ 入院)	年	ヶ月間
年	月頃	病院( 外来 ・ 入院)	年	ヶ月間
年	月頃	病院( 外来 ・ 入院)	年	ヶ月間

★これまでに、大きな病気やケガ、手術をしたことがありますか。( はい ・ いいえ )

年	月頃	病名
年	月頃	病名
年	月頃	病名

★現在飲んでいる薬はありますか。( はい ・ いいえ ) 薬名:

※他医療機関からの薬剤情報提供書・お薬手帳があれば、添付してください。

★アレルギーはありますか。( はい ・ いいえ )

★お酒は飲みますか。( はい ・ いいえ ) 種類: 量:

★たばこは吸いますか。( はい ・ いいえ ) 1日 本 歳から

★現在一緒にお住まいの方は、どなたですか。

★ご家族やご親戚の方で精神疾患になられたことがある人は、いらっしゃいますか。

( はい ・ いいえ )

続柄: 病名:

★現在、使用している制度はありますか。①点又は、ご記入願います。

- 精神障害者保健福祉手帳  障害者年金  
 自立支援  その他 (下記に記入をして下さい)  
 介護保険  
 生活保護

★その他、気になることがあれば、お書き下さい。

★女性の方に、お尋ねします。現在妊娠中ですか。( はい ・ いいえ )

・はいの方 妊娠 ヶ月