

初診時予診表

記入日：____年 ____月 ____日

お名前：_____

生年月日：____年 ____月 ____日

1. 受診される理由や、お困りの内容をお教えてください。

症状や問題などの内容 いつ頃から どのように起こったか
など、具体的にお書きください。

2. 今までに大きな病気にかかれたことはありますか？

なし

あり

() 歳 病名：_____ 病院名：_____

() 歳 病名：_____ 病院名：_____

() 歳 病名：_____ 病院名：_____

3. 現在、治療中の病気はありますか？また服用中のお薬があれば記入してください。

なし

あり

病名：_____ 病院名：_____

服用中のお薬(_____)

4. これまでに精神科や心療内科を受診されたことはありますか？

なし

あり

時期：_____ 病院名：_____

5. ご家族、ご親族で、精神科や心療内科にかかれた方はいらっしゃいますか？

なし

あり

あなたとの続柄：_____ 病名：_____

6. これまでに薬や注射でアレルギーや副作用を起こしたことがありますか？

なし

あり

薬品名：_____ 症状：_____

7. 身長、体重について教えてください。

身長_____cm

体重_____kg

最近の体重の増減：変わらない 増加 減少

8. 生活歴、教育歴について教えてください。

ご出身地（都道府県）：_____

ご兄弟について：

なし

あり _____人兄弟の_____番目

発達上の問題を指摘されたことはありますか？：なし あり

最終学歴：_____ 卒業 在学中 中退

職業歴：_____

結婚歴：なし あり（_____）歳

子供：なし あり（_____）人

現在、一緒に生活されている方はいらっしゃいますか？

一人暮らし 同居の方あり（続柄：_____）

9. 嗜好品について教えてください。

お酒 飲まない 飲む（いつ頃から：_____1日の平均量：_____）

タバコ 吸わない 吸う（いつ頃から：_____1日の平均量：_____）

10. 介護認定について教えてください。

介護認定：なし あり

ありの場合：要支援1 要支援2

要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

11. 現在、利用されている社会資源について教えてください。

社会資源利用 なし あり

ありの場合：訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション

通所介護 通所リハビリテーション 短期入所サービス 福祉用具貸与

その他（_____）

12. 当院での診察や治療に対するご要望などございましたら、お書きください。