

予診表

※□のある項目は該当する箇所にしてチェックを入れてください。(複数でもかまいません)

※診察を受ける方の情報を記入してください。(家族相談の場合は相談に来られる家族の方の情報です)

記入日:平成 年 月 日 記入者:□本人 □夫 □妻 □子 □父 □母 □兄弟姉妹 □その他

ふりがな お名前	生年月日 □昭和 □平成 年 月 日
性別 □男 ・ □女	年齢 才
過去に、精神科にかかったことがありますか？ □はい □いいえ はいの場合には、以下に記入してください 才頃 病院 病名 才頃 病院 病名 才頃 病院 病名 才頃 病院 病名 才頃 病院 病名 才頃 病院 病名 才頃 病院 病名	勤務先 () 休日 □月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 勤務時間 ~ 場所 () 最終学歴 □中学 □高校 □大学 □大学院 ご家族構成 あてはまる□にしてチェックし、年齢等を記入ください □父 才 (□同居 □別居 □他界) □母 才 (□同居 □別居 □他界) □夫 才 (□同居 □別居 □他界) □妻 才 (□同居 □別居 □他界) □子 才 (□男 □女 □同居 □別居) □子 才 (□男 □女 □同居 □別居) □子 才 (□男 □女 □同居 □別居) □子 才 (□男 □女 □同居 □別居) □子 才 (□男 □女 □同居 □別居) □子 才 (□男 □女 □同居 □別居) □兄 人、□弟 人、□姉 人、□妹 人
いま現在、他の病院にかかっていますか？ □はい □いいえ はいの場合には、以下に記入してください 病院 科 病名 病院 科 病名 病院 科 病名 病院 科 病名 病院 科 病名 病院 科 病名 病院 科 病名	
過去に、他の病院にかかったことがありますか？ □はい □いいえ はいの場合には、以下に記入してください 才頃 病院 病名 才頃 病院 病名 才頃 病院 病名 才頃 病院 病名 才頃 病院 病名 才頃 病院 病名 才頃 病院 病名 才頃 病院 病名	当院を何でお知りになりましたか？ □他院からの紹介 紹介元の病院名 () 紹介状はありますか？ □はい(ある) □役所からの紹介 紹介元の役所名 () 生活保護を受給中ですか？ □はい □インターネットでホームページを見て □家族からのすすめで □知人からきいて □以前に受診していた (年頃) □その他