

# 問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ..... 性別 男性・女性

ご氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ < > 才

ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ (本人・家族・その他: \_\_\_\_\_)

記入をした人: 本人・家族・その他 ( \_\_\_\_\_ )

1. 今日の診察はどなたと来られましたか？  
\*一人で来た      \*一緒に来た人がいる (本人との関係 \_\_\_\_\_ )
2. 心療内科・精神科・メンタルクリニック等の診察は初めてですか？  
\*初めて  
\*服部病院にかかったことがある ( \_\_\_\_\_ 年頃)  
\*他の病院にかかったことがある (医療機関名 \_\_\_\_\_ )  
→紹介状: あり・なし  
\*家族が服部病院に相談にきたことがある ( \_\_\_\_\_ 頃)
3. 今日はどんな症状で来院されましたか？  
当てはまる症状があれば全て○をつけて下さい。  
\*元気がでない      \*眠れない      \*食欲がない  
\*集中力がない      \*不安が強い      \*いらいらする  
\*その他 \_\_\_\_\_  
\*依存症だと思う、または人から依存症と言われる  
→アルコール・薬物(処方薬などを含む)・ギャンブル・その他 ( \_\_\_\_\_ )
4. 今日希望すること  
\*入院をしたい    \*お薬が欲しい    \*診断書が欲しい    \*相談をしたい  
\*自助グループを知りたい    \*その他 ( \_\_\_\_\_ )
5. 福祉サービスについて (受けている方は○をつけて下さい)  
\*障害者手帳: 身体・精神・療育      \*介護: なし・あり ( \_\_\_\_\_ )
6. アレルギーはありますか？ (好き嫌いではありません)      \*はい      \*いいえ