

問 診 表

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご記入をお願いします。 代筆の場合はご本人とのご関係をお書きください[_____]

ふりがな お名前	生年月日	年	月	日生	歳
住所					
電話番号					

① どのような困っている症状、お悩みがありますか。それはいつ頃からですか。

どのような:

いつから:

② 気分 普段どおり あまり良くない(どのように?)

③ 食欲 普段どおり あまり無い(きのう朝から食べたものは?)

④ 睡眠 普段どおり (寝る為になにかやっていることは?)

寝付けない 途中で目覚める 早く目覚める 寝た気がしない 一睡も出来ない

⑤ 飲酒 飲まない 機会があれば飲む 飲む(頻度 _____ 日/週 _____ 才 ~ _____ 才)

⑥ これまでに精神科、心療内科を受診されたことはありますか。 ない

医療機関名 _____ 期間 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月

⑦ お薬を服用していますか。 いいえ はい(お薬手帳は 持参 してない)

医療機関名 _____ 病名 _____

⑧ 交通事故や職務中の事故・出来事による自賠責保険や労災保険での診療を希望されますか。

いいえ はい _____

⑨ これまでに大きな病気や怪我をしたことがありますか。 ない

⑩ これまで薬を飲んでアレルギーをおこしたことがありますか。 ない

⑪ 家族

一人暮らし 同居の家族 (父・母・配偶者・子 _____ 人)

◇行き来している身内(_____)

⑫ お仕事 今休んでいる方は[休職中]と、していない方はお書きいただく必要はありません

⑬ 利用中の制度についてお伺いします。該当する項目にチェックをお願いします。

精神障害者保健福祉手帳 _____ 級 障害年金 (基礎 / 厚生 / 共済) _____ 級

療育手帳 介護認定 (要支援・要介護 _____)

身体障害者手帳 生活保護

自立支援医療

手稲メンタルクリニック