

初めて当院を受診される方へ

年 月 日

生年月日 年 月 日 名前

1 今日ほどなたと来院されましたか

- (1) 一人で
- (2) 誰と ()
- (3) 本人来院せず家族のみ

2 今日どのようなこと（症状）で受診されましたか

()

3 2の症状はいつ頃からありますか

()

4 (2の症状に対して) 当院ではどのようなことを希望されますか

()

診断をしてほしい デイケアに通いたい セカンドオピニオン

5 2の症状で現在、他の病院に通院されていますか

(①～③の内あてはまるものを答えて下さい)

①【はい】

病院名： _____

そこで薬を処方されていますか・・・ はい / いいえ

②【今は通院していないが、過去に2の症状について病院で相談したことがある。】

病院名： _____

それはいつ頃ですか _____ 年 月頃 (_____ 歳頃)

③【2の症状で病院を受診したことはない】

病院以外の場所（保健所や児童相談所など）で相談されたことはありますか。

- (1) ある・・・それはどこですか ()
- (2) ない

<裏へ続く>

6 これまでに精神科病院に入院されたことはありますか

(1) ある・・・入院回数 _____ 回
最後の入院はいつですか _____ 年 _____ 月頃 (_____ 歳頃)

(2) ない

7 現在、治療中の体の病気はありますか

(1) ある・・・病名: _____
その病気に対する薬: 飲んでいる ・ 飲んでいない

(2) ない

8 これまでに体の病気で入院したことはありますか

ない / ある・・・病名: _____

9 食べ物や薬などのアレルギーはありますか

ない / ある・・・それは何ですか (_____)

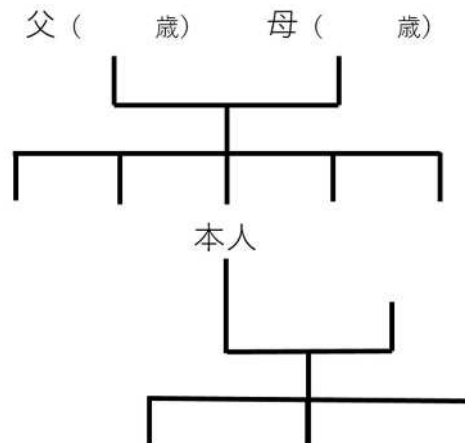
10 嗜好品について

<お酒> 毎日飲む ・ 時々飲む ・ 飲まない
<タバコ> 吸わない ・ 吸っている ・ 以前吸っていた

《現在の生活状況を教えてください》

<家族構成> (右図も記入してください。)

- (1) 一人暮らし
- (2) 家族と暮らしている
→同居している人 (_____)
- (3) 施設に入所している



<利用している制度について>

自立支援 : なし ・ あり ・ 分からない
 障害者手帳 : なし ・ あり (_____ 級) ・ 分からない
 障害年金 : なし ・ あり (_____ 級) ・ 分からない
 介護認定 : なし ・ あり (要支援・介護 _____) ・ 分からない
 生活保護 : なし ・ あり

* 利用しているものにチェックしてください。

- 訪問看護 訪問ヘルパー デイケア
- 作業所 就労支援 デイサービス

記載者 _____

ご協力ありがとうございました。