

【問診票】

記入日: 令和 年 月 日

担当PSW: _____

患者様

フリガナ				生年月日	S・H・R	年	月	日	(歳)
氏名									
住所	㊦								
電話番号	自宅				携帯				
身長			cm	体重			kg	体重変化	<input type="checkbox"/> あり(ヶ月で kg 増・減) <input type="checkbox"/> なし

同伴者様①

フリガナ				住所	㊦				
氏名									
続柄			自宅				携帯		

同伴者様②

フリガナ				住所	㊦				
氏名									
続柄			自宅				携帯		

①これまで、精神科、心療内科を受診されたことはありますか？ はい いいえ
 はいの場合下記もご記入ください。

時期(例:○年○月)	年齢	医療機関名	入院・外来	診断名
			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	

②身体の病気の既往歴および現在治療中の病気はありますか？ はい いいえ
 はいの場合下記もご記入ください。

時期(例:○年○月)	年齢	医療機関名	入院・外来	診断名
			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	

③現在、処方薬はありますか？ はい いいえ
 はいの場合、お薬手帳はお持ちですか？ はい いいえ
 お薬手帳に載っていない薬、市販薬で常用しているものがあればご記入ください。

(_____)

④薬や食べ物でアレルギーや副作用が出たことがありますか？ はい いいえ
 はいの場合、対象の薬、食べもの、症状を記入してください。

(_____)

裏面にも質問がございます。お手数ですがご記入お願いいたします。

