問　診　表

こころのリカバリークリニック十勝

フリガナ		男・女	電話番号	自宅	
氏名				携帯	
生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	歳			
同伴者			続柄		
住　所	郵便番号（　　ー　　）				

以前に当院や大江病院または他の精神科で診察を受けたことがありますか？	身長	体重
はい　　いいえ ↪【約　　か月・年前　　】病院・診療所	cm	Kg

1. 本日、あなたが受診された理由について具体的にご記入ください。

＜どのような症状ですか？＞

＜それはいつ頃からありましたか？＞

＜きっかけとなった出来事はどのようなことがありましたか？＞

2. 現在、通院されている病院はありますか？

はい　　**いいえ**

↪【病院名：　　病名：　　】

★現在、服用しているお薬がある方は、お薬手帳をご提出ください。

3. 今までに大きな病気をしたことはありますか？

はい　　**いいえ**

↪【脳疾患　がん　肝疾患　高血圧　甲状腺の病気　糖尿病　結核　その他(　　)】

4. アレルギーを起こしたことはありますか？

はい　　**いいえ**

↪【薬：　　食品：　　】

5. お酒は飲みますか？

はい　（　　）年前に辞めた　いいえ

↪週に【　　】日　お酒の種類【　　】どのくらいの量【　　】

6. タバコは吸いますか？

はい　（　　）年前に辞めた　いいえ

↪1日【　　】本

7. ご家族（血縁の方）で、精神科を受診されたことのある方はいますか？

はい　　**いいえ**

↪【どなたが　　】

8. 現在の職業【　　】 いつから【　　】

以前の職業【　　】 いつから【　　】　　いつまで【　　】

9. 最終学歴 【　　在学中・卒業・中退 】　10. 出身地【　　】

11. 家族構成をご記入ください

氏名	年齢：　　続柄：	同居　別居
氏名	年齢：　　続柄：	同居　別居
氏名	年齢：　　続柄：	同居　別居
氏名	年齢：　　続柄：	同居　別居

12.マイナ保険証による診療情報等取得に同意しますか？

はい　　**いいえ**