

記入日：平成 年 月 日
記入者：本人・代筆()

氏 名	-----	性 別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住 所	-----				
電話番号	(自宅)				(携帯電話)
保 険	国保本人・国保家族・社保本人・社保家族・生活保護・その他()				

～ 問 診 票 ～

1. 本日はどうされましたか？具体的に教えてください。

2. 今までに精神科、心療内科にかかったことはありますか？

いいえ・はい → 時期： _____
病 気： _____
病 院： _____

3. 現在、治療中の病気はありますか？

いいえ・はい → 病 気： _____
病 院： _____
服用中の薬： _____

4. 食べ物やお薬でアレルギーはありますか？

いいえ・はい → _____

5. 嗜好品はありますか？

いいえ・はい → たばこ： _____ 本 / 日
アルコール： 種類… _____
量… _____

6. 薬物を使用したことはありますか？

いいえ・はい → 有機溶剤： 時期… _____ 頻度… _____
覚 醒 剤： 時期… _____ 頻度… _____
麻 薬： 時期… _____ 頻度… _____

7. 女性の方にお尋ねします。

・現在、妊娠中ですか？ いいえ・はい → _____ ヶ月
・現在、授乳中ですか？ いいえ・はい

8. その他、何かありましたらご記入ください。