

外来 予診票

お答えできる範囲で、ご記入お願い致します。

受診日 平成 年 月 日

受診される方のお名前

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(満 才) 男・女

ご職業

記入者をご本人以外の方の場合 お名前 ご関係

診療に役立てるため、下記の質問事項にご記入、または該当するものに○印をつけてください。

1. 診療情報提供書(紹介状)はお持ちですか? はい いいえ
2. 本日はいかががなされましたか? 一番困っていることは、どのようなことですか?
(例:眠れない。気分が落ち込む。イライラする。など幾つでもご記入ください。)

その症状は、いつ頃からですか?

また、人間関係や環境の変化など、何か関係のありそうなことはありますか?

3. 今までに精神科・心療内科を受診されたことはありますか?

ない ある 病院名 病名
いつ頃

※現在、精神科・心療内科に通院していますか?(通院中の方)

はい 病院名 病名

紹介状はお持ちですか? はい いいえ

4. 現在服用されているお薬はありますか?

ない ある

5. 今までにかかった病気やケガはありますか?

ない ある

※裏面へお進みください

