

まついこころのクリニック 予診票

※ お答えいただける範囲でご記入ください。

記入日： 20____ / ____ / ____

記入者： _____

フリガナ			西暦	年	月	日	生
氏名			() 歳				
			性別	男 ・ 女			
ご職業 / 学校名							
ご住所	〒						
電話番号	(ご自宅)						
	(携帯電話)						
E-mail アドレス							
ご家族（両親、きょうだい）について、以下にご記入ください。							
お名前	続柄	年齢	ご職業	ご本人との同居			
				有 ・ 無			
				有 ・ 無			
				有 ・ 無			
				有 ・ 無			
				有 ・ 無			
				有 ・ 無			
				有 ・ 無			

◎ ご家族・ご親戚で精神科や心療内科、神経内科に受診歴のある方はいますか。

いいえ はい

→ 「はい」をチェックされた方は、以下もご記入ください。

どなたが () 症状・病名 ()

どなたが () 症状・病名 ()

どなたが () 症状・病名 ()

→ 次のページに続きます

1) 今回ご相談されたい内容について記入してください。

()

2) そのことについて、これまで他の施設で相談したり、他の病院を受診されたりしましたか。診断名の告知がある場合もご記入ください。

()

3) 当院の受診で、希望されること・期待されることはどのようなことですか。

()

4) 現在までに診断、治療された病気はありますか。

なし あり (内容:)

5) アレルギーはありますか。

なし あり (内容:)

6) 現在内服している薬はありますか。

なし あり (内容:)

7) ご自身の性格を教えてください。

()

8) ご趣味や好きなことを教えてください。

()

9) お酒は飲まれますか。

いいえ はい →はいの場合、何を/何年間くらい/1日平均どれだけ/飲む頻度をご記入ください

()

10) お煙草は吸われますか。

いいえ はい →はいの場合、何年間くらい/1日平均どれだけ/吸う頻度をご記入ください

()

11) 現在まで療育を利用したことがありますか。

なし あり (内容:)

12) 下記の中で現在までに申請している手当はありますか。

なし

療育手帳 (A・B1・B2)

精神障害者福祉手帳 自立支援医療 障害年金 (級)

ご記入いただきありがとうございました。