

予 診 票

年 月 日

太線枠の中をご記入下さい。また以下のご質問にお答え下さい。

フリガナ	緊急時の連絡先 名称・氏名(続柄)		当院をお知りになった理由に○をつけて下さい
受診者 氏 名	電話() -		医療機関のご紹介 市立池田・市立豊中・箕面市民・その他{ }
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生		ご家族の紹介 ・ お知り合いの紹介 電話帳 ・ インターネット ・ 看板
記入者 氏 名	続柄	以前当院に通院していた その他{ }	

質 問	回 答	クリニック記入欄
受診理由(相談理由): 困っていること 抱えている問題等		
上記の事(問題)はいつ頃から ですか?また、思いあたる事 がありますか?	年 月 頃から	
心療内科や精神科を受診 したことがあれば、かかった時期 と病院名をお書きください。 また現在も治療を受けていますか?	受診が (時期:) ない・ある (病院名:) 現在、治療を 受けている ・ 受けていない	
これまでにかかった主な病気を あげて下さい。 それはおいくつの時ですか?	病名: (才) 病名: (才)	
現在、治療中の病気やお薬を服用 されている場合はお書き下さい。 (わかる範囲で結構です)	病名: (お薬:) 病名: (お薬:)	
アレルギーがあればお書き下さい。	薬や食べ物 ない ・ ある()	
睡眠はどの程度とれていますか?	良い ・ 普通 ・ 悪い その他()	
食欲はどの程度ありますか?	良い ・ 普通 ・ 悪い その他()	
家族についてあてはまる所に 全て○をつけて下さい。 (御兄弟・姉妹がおられる場合は 人数もお書き下さい。)	祖父 祖母 父 母 夫 妻 兄() 弟() 姉() 妹() 子()	
趣味を教えてください		
最終学歴を教えてください。		
職歴を教えてください。 (わかる範囲で結構です)		
右記の内で、 申請されているものが あれば○をつけて下さい	自立支援医療医制度 精神障害者保健福祉手帳 障害年金制度	