

初診問診票

令和 年 月 日

ふりがな		
受診者氏名		男・女
住 所	〒 —	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	
電話番号	— —	
以前に受診された方はいつ頃かご記入下さい		

入院をご希望される方は、お持ちの薬を窓口にてお預かりいたします。

《下記の質問にお答え下さい。》

記入者氏名 _____ 本人 ・ 家族 ・ その他 ()

① どなたと来られましたか？

本人のみ 家族のみ 本人と家族 その他 ()

② これまでに精神科・心療内科を受診されたことがありますか？

受診したことがある (当院 ・ 他病院) 今回が初めて

③ 相談内容について、お書き下さい。(紹介状をお持ちの方はかまいません)

[]

④ 今までに大きな病気、ケガをしたことがありますか？

ある (病名 :) ない

⑤ 現在、飲んでいる薬がありますか？ (紹介状をお持ちの方はかまいません)

ある () ない

⑥ 薬を飲んだり、注射をして副作用が起きた事がありますか？

ある () ない

⑦ 当院をどこでお知りになりましたか？

- 通院中の病院 → 主治医 相談員 その他 ()
 当院ホームページ EPARK ホームページ以外のインターネット
 ご家族から お知り合いの方から
 作業所等福祉関係事業所 包括支援センター 介護関係事業所
 その他 ()