

《初診時間診票》

平成 年 月 日

お名前 _____ 年齢 _____ 職業 _____
 一緒に来院された方のお名前 _____ 患者さんとの続柄 _____
 ご紹介者 _____

1. 本日はどうされましたか？お困りのことは何ですか？

2. いつ頃からどのような症状がありましたか？そのような症状は初めてですか？

3. そのことで病院に行かれたことがありますか？

病院名 _____ 年 月 から 年 月 まで（通院・入院） 診断名 _____
 病院名 _____ 年 月 から 年 月 まで（通院・入院） 診断名 _____
 病院名 _____ 年 月 から 年 月 まで（通院・入院） 診断名 _____

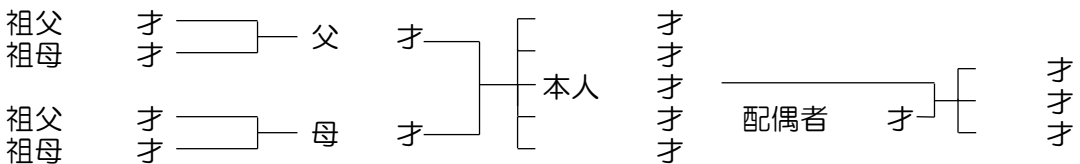
4. その他精神科以外に継続してかかっている病院はありますか？

病院名 _____ 診断名 _____ 服薬 あり・なし _____
 病院名 _____ 診断名 _____ 服薬 あり・なし _____

5. 次に当てはまるものに○をつけてください。

- ◇夜眠れていますか？[眠れている・寝付けない・ぐっすり寝た気がしない・早く目が覚める]
- ◇体重 [痩せた (月で kg) ・ 変わらない ・ 太った (月で kg)]
- ◇食欲 [ある ・ 普通 ・ ない]

6. 家族構成 ※必ずご記入をお願いします。



7. 当院でしてほしいことに○をつけてください。

- [入院したい ・ 外来通院をしたい ・ カウンセリングのみ ・ デイケアを利用したい]
- 上記以外にもありましたらご記入ください。 ()

8. その他、何かございましたらご記入ください。