

《初診時間診票》

令和 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 _____

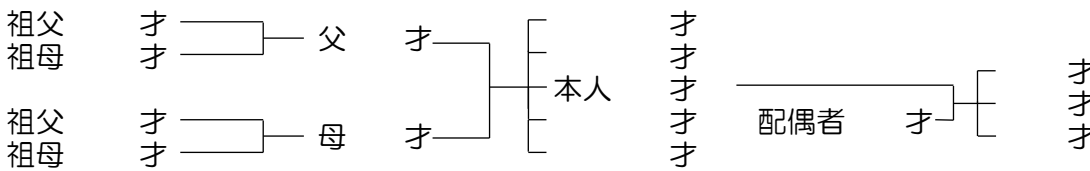
5. 次に当てはまるものに○をつけてください。

◇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. なぜ本院を選ばれましたか。

家族が通院中・もしくは以前通院していた

友人・知人の紹介や勧め

他院からの紹介（病院名： _____ 医師名： _____）

インターネットを見て

家や職場から近いから

訪問看護に熱心だと聞いたから