

4. これまでに、心療内科や精神科などを受診されたことはありますか？

あり なし

	医療機関名	疾患名	治療期間	治療状況
①			年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
②			年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
③			年 月 ~ 年 月	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院

※内服中の薬はありますか。

(薬の名前: _____)

※お薬手帳や薬の情報をお持ちでしたらお知らせください。

5. 身体の病気・アレルギーについて

①これまでに治療された身体の病気はありますか？

あり なし

医療機関名	疾患名	時期または年齢	治療状況
		年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中断
		年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中断
		年 月 (歳)	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中断

※内服中の薬があれば

(薬の名前: _____)

②アレルギーはありますか？

なし あり(_____)

※内服中の薬があれば

(薬の名前: _____)

6. 家族構成について

名前	続柄	年齢	職業・学校名	同居者
		歳		同居・別居
		歳		同居・別居
		歳		同居・別居
		歳		同居・別居
		歳		同居・別居
		歳		同居・別居

※ご家族、親戚の中で心療内科・精神科にかかられた方はいらっしゃいますか？

いない いる(続柄: _____ 病名: _____)

7. 教育歴・職業歴について

- ①最終学校名 () ⇒ 在学中 卒業 中退)
- ②現在の仕事 (会社名:) 職種:)
⇒主な職歴()

8. 飲酒やタバコなどについて

- ①飲酒 ほとんど飲まない 機会があれば飲む 毎日飲む(1日あたり_____を_____mlくらい)
- ②喫煙 吸わない 吸う(1日あたり_____本くらい)
- ③シンナー・覚せい剤・大麻・LSD・MDMA などの使用歴 なし あり

9. 利用中の制度等について

- ①利用中の制度があればチェックしてください。
- 療育手帳() 精神障害者保健福祉手帳(級) 身体障害者手帳(級)
- 自立支援医療 障害年金(級)
- その他()
- ②関わりのある機関があればチェックしてください。
- 学校 保健師 相談支援事業所 介護施設関係
- その他()

10. 当院をどこでお知りになりましたか？

- 他医療機関(医療機関名:) 看板 インターネット 電話帳
- 家族 知人・友人 パンフレット 新聞 学校 行政
- その他()

以上です。ありがとうございました。当日、受付までお持ちください。