

島田病院問診票

カルテNo.

島田病院FAX番号【0185-52-5365】

(事前に提出される方は直接お持ち頂くか郵送、FAXでお願い致します。)

令和 年 月 日

こころの病気はからだの病気と違い血液検査や画像検査で分かるものではありません。
どういった生活を送ってきたか質問に沿って具体的にご記入ください。

フリガナ 受診者氏名		生年月日	S・H 年 (月) 日 歳
住所	〒		
携帯番号		電話番号	
出生地	() 県 () 区・市・町・村	趣味	例)読書、ガーデニングなど
最終学歴		結婚歴	未婚 ・ 既婚 ・ 離婚 ・ 死別 () 年頃
現在の仕事 会社名	() ()	性格	例)明るい、大人しいなど
職歴	あり() ・ なし	兄弟姉妹の 人数	() 人兄弟中、本人() 番目
子供の人数	人	同居されてる 家族	
飲酒	現在も飲む・飲まない・飲んでいた () 頃まで飲酒していた () 本/1日	タバコ	現在も吸う・吸わない・吸っていた () 頃まで喫煙していた () 本/1日
介護度	() まで	担当ケアマネ	
フリガナ 保護義務者氏 名		続柄	
住所	〒		
携帯番号		電話番号	
職業			

紹介状はお持ちですか？【 はい ・ いいえ 】

外来希望・入院希望

★お薬手帳がある方は、受付に渡して下さい。

裏面もあります

紹介状をお持ちでない方

1、本日は、どのようなことで受診されましたか？ご相談されたいことをお書き下さい

.....
.....
.....

2、その症状(問題)はいつ頃から続いていますか？

_____年 _____月 _____日頃から(悪くなっている・良くなっている・変わらない)

3、いままでに、精神科・心療内科を受診したことがありますか？(はい・いいえ)

(はい)に○をつけた方

病院【 _____ 】 いつから【 _____ 】

4、現在、体の病気で他の病院に通院していますか？(はい・いいえ)

病院名【 _____ 】

病 名【 _____ 】

現在、飲んでいるお薬はありますか？(はい・いいえ)

5、食べ物やお薬でアレルギー反応や副作用が出たことはありますか？(はい・いいえ)

【具体例；卵・アスピリンなど】

.....

6、インフルエンザワクチン (未・済)→(令和 _____ 年 _____ 月)

7、肺炎球菌ワクチン (未・済)→(_____ 年 _____ 月)

8、新型コロナワクチン (未・済)→(_____ 回)

9、新型コロナウイルスにかかったことはありますか？→(はい・いいえ)

(はい)に○をつけた方はいつ頃ですか？→(_____ 年 _____ 月)

10、その他、相談したいこと、困っていることはありますか？

.....

★記載者氏名(_____)