

《 予 診 票 》

名前		出生地	出身地	職業
			身長 cm	体重 kg

※当てはまるところは○で囲んで下さい

1.当院をどうやってお知りになりましたか。

家族から・知人から・情報誌を見て・本を読んで・インターネットから・その他（ ）

2.どんな事でお困りですか。

眠れない ・ 不安 ・ イライラ ・ その他

3.いつ頃からそうになりましたか、そうなったきっかけがありますか。

年 月頃

4.現在の心と体の状態を点数で表してみてください。心 点/100点 体 点/100点

5.どのような治療をのぞみますか。

薬・カウンセリング ・ 血液検査 ・ 生活習慣の改善（睡眠、食事など）・デイケア
訪問看護・その他（ ）

6.今後の目標は何ですか。

就労 ・家事ができること ・一人暮らし ・対人関係の改善 ・その他（ ）

7.心の病気で通院、又は入院したことはありますか。 はい ・ いいえ

→はいの場合は 初診日 歳ごろ

前医の処方がある方は薬のあまりがありますか。 はい（ 残 日分 ） ・ いいえ

8. 身体の病気で通院、又は入院したことはありますか。 (はい ・ いいえ)

→はいの場合は 診断名 年齢 歳頃

服用中の薬はありますか。 はい ・ いいえ

薬のアレルギーはありますか。 はい ・ いいえ

9. アルコールは 飲まない ・ 飲む タバコは 吸わない ・ 吸う

10.最終学歴（ ）卒業・中退・在学中

11. 家族関係はどうか。 家族と同居 ・ 一人暮らし ・ その他（ ）

12.信仰についてお尋ねします。

クリスチャンですか はい ・ いいえ ・ 求道中