

« 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.家族関係はどうですか。 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。

クリスチヤンですか はい・いいえ・求道中