

# 予診票（精神科一般用）

記入日  
令和 年 月 日

患者様氏名 生年月日:T・S・H 年 月 日（満 才）

住所： 電話番号： 職業：

1. 同伴の方はいますか？ 無し ・ 有り（お名前： 続柄： ）

2. 当院受診に際してのご希望に、○をつけてください。（複数回答可）  
診断・治療・入院・その他（ ）

3. 困っている症状（出来事や本人の様子等）を書いてください。

4. それはいつ頃から始まりましたか？（令和○年○月頃、本人○○歳の時～）

※特にひどくなった頃は？（何かきっかけはありますか?）

5. 今までに精神科等の病院を受診されたことがありますか？

無し・有り（病院名： 受診年月日： 年 月 日）

6. 現在、受診している病院がありますか？

無し・有り（病院名： 受診年月日： 年 月 日）

飲んでいる薬はありますか？ 無し・有り（ ）

7. 特定健診の受診歴はありますか？

無し・有り（健診年月日： 年 月 日）

8. 具合が悪くなる前の性格について、○をつけてください。

社交的	沈みがち	熱中しやすい	責任感が強い	親しみやすい
偏屈	人付き合いが悪い	神経質	変り者	頑固
とつきにくい	遠慮深い	自分に自信がない	心配性	丁寧
几帳面	怒りっぽい	気分が変わりやすい	派手好き	わがまま
嫉妬深い	飽きやすい	自己中心的	負けず嫌い	人をすぐ疑う

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

9. 家族構成について教えてください。

(本人を中心として、親・兄弟姉妹・子・孫 等)  
\*それぞれ職業・年齢も書いてください。

10. 生活歴について教えてください。

出身:

兄弟: ( ) 人きょうだいの( ) 番目

学歴: 卒業・中退(成績: 下・中・上)

職歴: (今まで就いた仕事を順に書いてください。年齢・勤務年数 等)

11. 嗜好品について教えてください。

タバコは1日に( )本\*(喫煙 才より)

アルコールは1日に(種類: )を(量: )合・本

12. アレルギーはありますか? はい( )・いいえ

13. どこか施設等に入所の申込みをしていますか?

はい (施設名: )・いいえ

14. 現在利用している福祉・介護等サービスはありますか?

はい(どのようなサービスを受けていますか?) ・いいえ

↓  
【自立支援サービス】

( )

【介護サービス】

ケアマネ: \_\_\_\_\_ 事業所: \_\_\_\_\_

介護度: (要支援 1・2 介護 1・2・3・4・5)

( )

【その他サービス・制度】

( )