

海上療養所 予診票

記入日： 年 月 日

円滑な診療を行うために、可能な範囲で下記的项目のご記入をお願いします。なお、ご記入して頂いた個人情報については、当院での診療の目的のためだけに用い、その他の用途に使用することはありません。

フリガナ 氏名	男・女 歳	出生地() 主な生育地()
------------	----------	--------------------

今、お困りのこと、相談したいことはどんなことでしょうか？

それは、いつ頃からですか？

当院にご希望することに、○の記入をお願いします。

外来・入院・デイケア・発達障害専門プログラム・作業療法・カウンセリング・心理検査・福祉相談

下記に当たはまるものがあれば、○の記入をお願いします。

眠れない(寝つきが悪い・途中で目が覚めてしまう・熟睡感がない)＜平均睡眠時間： 時間＞

物忘れ・アルコールや薬物の乱用・声や音が聞こえる・怖い感じがする・頭が混乱する

気分が落ち込む・やる気が出ない・不安感・死にたい気持ちになる

テンションが高い・気になりすぎることがある・人間関係がうまくいかない

出生時気になる事があった(未熟児、仮死状態など)・発達の遅れを指摘されたことがある

集団行動が苦手・強いこだわりがある()

落ち着きがない・不注意がある・衝動性がある・気を失うことがある・その他()

今回の来院はどなたのご意向ですか？ 自分の意思で・他者からの勧めで(どなたですか？) ()

現在、精神科に通院中ですか？ いいえ・はい(病院名：) 紹介状：あり・なし

今まで精神科の受診歴はありますか？ ない・ある(下記にご記載ください)

病院名： 期間： 年 月 ～ 年 月 まで

病院名： 期間： 年 月 ～ 年 月 まで

病院名： 期間： 年 月 ～ 年 月 まで

血縁者で精神科や心療内科にかかっている(いた)方はいますか？ いない・いる()

精神科以外で、何か病気はありますか？ ない・ある()

その病気で通院中ですか？ いいえ・はい(病院名：)

その病気の治療で飲んでいるお薬はありますか？ いいえ・はい()

学歴： 小学校・中学校・高校・大学・大学院・専門学校・その他()

特別支援学級に在籍していたことがありますか？ ない・ある(いつ？) ()

現在働いていますか？ 働いていない・働いている(職業は？) ()

職歴：

家族構成： 父親・母親・兄弟姉妹()・配偶者(いない・いる〔結婚時期： 年 月〕)
子供()・その他()

身長： cm 体重： kg 飲酒： 飲まない・以前飲んでいて・飲む(週に 回、酒類： 量：)
喫煙： 吸わない・以前吸っていた・吸う(1日 本)

アレルギー： ない・ある→ 食べ物() 薬() その他()

当院を選んだ理由はなんですか？ ホームページを見て・ネット検索・口コミ・知人からの紹介
その他()

ご記入ありがとうございました