

山形県立こころの医療センター外来問診票

受診者の氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

記入者 [_____] 受診者との関係 [_____]

1. 連絡先 ご自宅のお電話 (_____) ご本人の携帯 (_____)
治療・検査などで病院より連絡させていただくことがありますが
ご自宅への電話の際に、当病院名を名乗ってよろしいですか (はい ・ いいえ)
2. 本日はどのようなことがお困りで受診なさいましたか。
① () 眠れない () 頭痛が続いている () 学校・仕事に行けない
() もの忘れが目立つ () 気分がすぐれない () 落ち着かない
() お酒がやめられない () 性格が変わったといわれる () その他
② それはいつ頃からですか (_____ 年 _____ 月頃から)
3. 今までに当院を受診したことはありますか
() はい (_____ 年頃) () いいえ初めてである
4. 他の病院(医院)を受診しましたか
() はい (_____ 病院・医院 _____ 先生)
その先生にはなんとおっしゃいましたか
[_____]
() いいえ 受診していない
5. 紹介状はお持ちですか
() 持っている (_____ 病院・医院 _____ 先生)
() 持っていない
6. 当院を受診されたきっかけは次のどれですか
() 自分で判断した () 家族にすすめられた () 知人にすすめられた
() 保健師にすすめられた () その他 [_____]
7. 現在、からだの病気で他の病院に通院していますか
() はい (_____ 病院・医院 _____ 先生)
何の病気ですか (_____)
() いいえ 通院していない
8. 現在飲んでいる薬はありますか
() はい () いいえ
*お薬手帳・薬剤情報用紙をお持ちでしたらご提示ください
9. 食べ物や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 それは、どのようなことが原因ですか [_____]
() いいえ
10. 喫煙と飲食について
① タバコを () 吸わない () 吸う [1日あたり _____ 本]
② アルコールを () 飲まない () 飲む () たまに飲む
11. 本日の受診の目的を教えてください
12. 3ヶ月以内に他の病院に入院したことはありますか
() はい 病院名 (_____)
() いいえ