

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 () 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
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
() 物忘れが目立つ () 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. ほかの病院(医院)は受診しましたか

() はい (病院・医院 先生)
その先生にはなんと言われましたか
()
() 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日当たり 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