

予診表

※該当する箇所に○をつけてください。

※診察を受ける方（家族相談の場合は相談に来られた家族の方）の情報を記入してください。

ふりがな
お名前

性別 男・女

生年月日 西暦 ____年__月__日（ ）歳 身長 ____cm 体重 ____kg

●同伴者（配偶者・母・父・子ども・兄弟・友人・職場関係・親戚・その他____）

●当院をお知りになったきっかけ ※1つだけ選択してください

ホームページ・メディア（取材記事）・家族・知人・職場関係者・当院患者・再初診

自助グループ・警察、検事、保護司・弁護士（____弁護士）・保健所

医療機関【精神科】（機関名____）・久里浜医療センター

医療機関【一般科】（機関名____科）

施設（施設名____）・ケアマネ、相談員（____）

福祉事務所（____役所 担当____cw）・その他（____）

●ご家族構成 世帯ごとにご記入ください

同居家族（父・母・夫・妻・長男・長女など）

続柄____ 歳 職業等____

続柄____ 歳 職業等____

続柄____ 歳 職業等____

続柄____ 歳 職業等____

別居家族（父・母・兄・弟・姉・妹など）

続柄____ 歳 職業等____ お住まい____

続柄____ 歳 職業等____ お住まい____

続柄____ 歳 職業等____ お住まい____

●これまでの経歴

最終学歴（中学・高校・-専門学校・短大・大学・大学院）→（卒業・中退・在学中）

職歴 無職期間も含め下の項目に記入してください

（同じ職種でも、転職された場合には分けて記入してください）。

____歳～____歳（正社員・自営業・非正規・アルバイト or パート・専業主婦・無職）職種____

____歳～____歳（正社員・自営業・非正規・アルバイト or パート・専業主婦・無職）職種____

____歳～____歳（正社員・自営業・非正規・アルバイト or パート・専業主婦・無職）職種____

____歳～____歳（正社員・自営業・非正規・アルバイト or パート・専業主婦・無職）職種____

____歳～____歳（正社員・自営業・非正規・アルバイト or パート・専業主婦・無職）職種____

●婚姻歴 現在の婚姻状況（未婚・同棲・初婚・再婚・離別・死別）

●お身体について

食べ物やお薬のアレルギー なし・あり (ありの方) 種類_____

●精神科・心療内科の通院・入院 なし・あり

【あり】の方はそれぞれ分けて下の欄に記入してください

医療機関名 (_____) に (通院・入院)

治療期間 西暦 年 月～ 年 月

病名 (アルコール依存症・薬物依存症・適応障害・不安障害・うつ病・双極性障害・パニック障害・摂食障害・統合失調症・発達障害・てんかん・その他 _____)

医療機関名 (_____) に (通院・入院)

治療期間 西暦 年 月～ 年 月

病名 (アルコール依存症・薬物依存症・適応障害・不安障害・うつ病・双極性障害・パニック障害・摂食障害・統合失調症・発達障害・てんかん・その他 _____)

医療機関名 (_____) に (通院・入院)

治療期間 西暦 年 月～ 年 月

病名 (アルコール依存症・薬物依存症・適応障害・不安障害・うつ病・双極性障害・パニック障害・摂食障害・統合失調症・発達障害・てんかん・その他 _____)

医療機関名 (_____) に (通院・入院)

治療期間 西暦 年 月～ 年 月

病名 (アルコール依存症・薬物依存症・適応障害・不安障害・うつ病・双極性障害・パニック障害・摂食障害・統合失調症・発達障害・てんかん・その他 _____)

●既往歴 既往のある方・大きな病気をされたことのある方は下の欄に記入してください

医療機関名 (_____) に (通院・入院)

治療期間 西暦 年 月～ 年 月

病名 (脂肪肝・アルコール性肝炎・肝硬変・C型肝炎・糖尿病・高血圧・すい炎・その他 _____)

医療機関名 (_____) に (通院・入院)

治療期間 西暦 年 月～ 年 月

病名 (脂肪肝・アルコール性肝炎・肝硬変・C型肝炎・糖尿病・高血圧・すい炎・その他 _____)