



# 精神科 問診票

受診日： 年 月 日

ふりがな		年齢	生年月日		
受診者名		歳	大正・昭和	年	月 日
			平成・令和	年	月 日
現在のお住まい	大府市・東海市・知多市・常滑市・東浦町・豊明市・刈谷市 名古屋市緑区・南区・港区 その他（ ）				
同行者	本人のみ・配偶者・その他（ ） 家族等（ ）・支援者（ ）				

相談したいこと／困っていることは何ですか？

紹介状はお持ちですか？	はい（ ）・ いいえ
現在当院以外の病院へ通院中ですか？	はい（ ）・ いいえ
現在服薬中の薬（※お薬手帳のある方は医師または看護師にお声かけください）	

現在の生活についてお聞かせください	
食欲	3食食べている・食べ過ぎている・食欲なし
睡眠	就寝 時頃 / 起床 時頃 / 熟眠感 あり・なし
飲酒	毎日・週に数回・ごくたまに・飲まない
たばこ	（ ）本 / 日
便通	問題なし・便秘気味・下痢気味
食物アレルギー	あり（ ）・なし
薬剤アレルギー	あり（ ）・なし

※以下は、女性の方のみお答えください

現在妊娠中	はい（ 週目 ）・ いいえ
月経	順調・不順 最終月経： 月 日頃
閉経	（ ）歳頃

福祉手帳や年金について	
障がい者手帳	あり（精神 / 療育・愛護 / 身体）・ なし ・ 申請中
自立支援医療証	あり ・ なし ・ 申請中
年金	あり（障害 / 老齢 / 遺族 / その他）・ なし ・ 申請中
介護保険	あり（要介護 1・2・3・4・5 / 要支援 1・2） なし ・ 申請中
障害福祉サービス	あり（区分 ） ・ なし

今、関わりのある機関について
高齢者相談支援センター ・ ケアマネージャー ・ 障がい者相談支援センター 保健所 ・ 市役所／区役所（ ）課 ・ 保健センター ・ 相談支援事業所 その他（ ）

利用されているサービスはありますか？
訪問看護（ステーション名： ） ヘルパー ・ 就労継続支援A型 ・ 就労継続支援B型 ・ 就労移行支援 児童発達支援 ・ 放課後等デイサービス ・ 地域活動支援センター ・ グループホーム その他（ ）

精神科での入院経験はありますか？	はい（計 回） ・ いいえ
一番最近の入院について	
いつ頃：	病名：

精神科以外での入院経験はありますか？	はい ・ いいえ
いつ頃：	病名：
いつ頃：	病名：

当院を何で知りましたか？
紹介（家族・友人・学校・会社） ・ 他病院／医院 ・ 看板 ・ インターネット その他（ ）

ご記入ありがとうございました  
外来看護師までお渡しください