

《 新阿武山病院・初診前問診票 (Ver. 2-3) 》

受診される患者様・御家族様へ [お名前： _____]

本日、診察を受けられる前にこちらの『問診票』の以下の質問についてお答えください。
診察の際に重要な情報となりますので、当てはまる項目については漏れの無いようにご記入ください。

*問診票にお答え頂いた方を教えてください。

- ご本人様
- ご本人様以外 (_____)

*本日の受診は、どなたのご提案でしょうか？

- ご本人様
- ご本人様以外 (_____)

Q1. いつから、どのような症状がありますか？

例) 1ヶ月前から意欲が湧かない。朝早く目が覚める。

Q5. 当院はどうやって知りましたか？

- インターネット (ホームページ)
- 紹介された (病院・クリニックから)
- 知人・家族などのすすめで
- 噂を聞いて
- 距離的な理由で (近所だから)
- 以前通院していた
- その他 (_____)

Q6. 今までに精神科/心療内科の病院やクリニックにかかれたことはありますか？

<input type="checkbox"/> 特に無し
時期(年齢) 病院名 診断名

Q2. 症状が出てから生活はどのように変わりましたか？

例) 会社に行けなくなった。家事ができなくなった。

Q7. 今まで大きな病気で入院や通院、手術などをされたことはありますか？

<input type="checkbox"/> 特に無し
例) 18歳 ○○病院 盲腸の手術
※ 刺青・タトゥーなど針を用いた処置をしたことがある
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない
※ 女性の患者様に質問です
現在、妊娠しているまたはその可能性がある
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない

Q3. 症状が現れる前に身の回りの環境が変わりましたか？

例) 部署異動があった。父が他界した。

Q4. 当院にはどのような事を希望されますか？

例) 入院。セカンドオピニオン。

~~~~~(裏面に続きます)~~~~~

