

# 予 診 票

記入日 年 月 日 記入者  
本人・( )から聴取

氏 名 男・女 年 月 日生 ( )歳

## ■主 訴

## ■現病歴

## ■通院歴 (時期・施設名：内服薬の 有・無)

## ■既往歴

かかりつけ医の(有・無) → ( ) ・内服薬の(有・無)  
感染症：HCV・HBs抗原・ワ氏・その他( )

## ■家族歴

・肉親の中で精神科既往歴のある方が(いる・いない)  
→ 疾患名  
・Key Person( )  
・家族への連絡(可・不可)

## ■職 歴

## ■学 歴

## ■性 格

## ■趣 味

## ■宗 教

## ■利用されている制度：

障害福祉サービス ・ 障害者年金 ・ 障害者手帳 ・ 介護保険(担当CM )

## ■その他