

(8) 現在服薬中の薬がありますか。 (はい ・ いいえ)
服薬中薬剤

(9) 今までに病気や手術を受けたことがありますか。 (はい ・ いいえ)

(10) 精神科に通院・入院したことがありますか。
(いいえ ・ はい(通院) ・ はい(入院))

(11) 体内に何か金属がありますか。 (はい ・ いいえ)
入れ歯 義歯 歯列矯正具 インプラント 補聴器 人工弁
脳動脈瘤クリップ 冠動脈ステント 人工関節 人工内耳 義眼
義足 ビス ネジ プレート 避妊リング 刺繍 アートメイク
金属ステント ワイヤー フィルター その他()

(12) アレルギーはありますか。 (はい ・ いいえ)
アレルギーの原因となるもの
薬() 食品() その他()

保険証のコピーを取らせていただいてもよろしいですか？
診療行為以外の目的では使用いたしません。 (はい ・ いいえ)

問診2 (年 月 日 PSW)

家族構成

配偶者について (有 ・ 無)
離別歴() 死別歴()

同胞について
同胞の精神科歴()

同居者について
人数とその内訳()

出身地(都道府県でご記入ください)・・・

最終学歴・・・ 大学 ・ 短大 ・ 専門学校 ・ 高校 ・ 中学校 ・ 小学校
高等小学校 ・ その他
卒業 ・ 中退 ・ 在学() 不登校(有 ・ 無)

職歴 ……現在の職業()職種()
最終職歴() 歳退職

嗜好品 ……酒(飲む ・ 飲まない) どの程度ですか?()
たばこ(吸う ・ 吸わない) どの程度ですか?()

趣味 ……

身長(cm 体重 kg)
利き手(右 ・ 左) BP: T: P:

問診3 (年 月 日 PSW)

利用しているサービス

介護保険	未申請 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	
	有効期限 H . . ~ H . 月末	
ケアマネジャー		
デイケア(通リル)		
デイサービス		
ショートステイ		
ヘルパー		
訪問看護		
配食サービス		
入所施設		
その他		

精神科デイケア		
訪問看護		
ヘルパー		
就労訓練事業所		
その他		

自立支援医療		
年金		
手帳		
医療証		
傷病手当		
障害程度区分	期限	
その他		