

外来問診票（成人）

養南病院

記載日：令和 年 月 日

記載者氏名	
続柄	本人・父・母・子・祖父・祖母・その他（ ）

受診者	ふりがな		性別	(男・女)
	氏名			
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 () 歳		
	住所	〒 - (※アパート・マンション名まで記載してください。)		
被保険者名		(健康保険証の直接加入者)	被保険者からのあなたの続柄	・本人 ・家族(続柄：)
連絡先	第1	- -	★携帯の場合⇒所有者【本人・父・母・その他()】	
	第2	- -	★携帯の場合⇒所有者【本人・父・母・その他()】	

①どのように当院のことをお知りになりましたか。○で囲ってください。

紹介	・病院等からの紹介(病院名： _____ 科)
	◆紹介状(有・無)
	・() 保健所、福祉事務所、断酒会、ダルク、知人、友人
その他	・家族が当院を利用していた ・当院を利用している人からの紹介
	・インターネット ・新聞 ・雑誌や本
	・その他()

②現在服用中のお薬はありますか。分かる範囲でお答えください。

・有 [_____]
・無

③来院されたのはどのような心配や問題のためでしょうか。詳細は診察時にお伺いしますので、一番の心配事や困っていることについて簡単に記載してください。

--

④心配や困っていることで今までに医療機関で治療を受けたことがありますか。

・有(病院名： _____)
*治療を受けている *通院している *入院している *中断した
・無

⑤当院において希望するものを○で囲ってください。

・診断	・入院での治療
・検査(心理検査・血液検査など)	・お話での治療(カウンセリング)
・お薬での治療	・家族としての接し方を教えて欲しい
・学校のことを相談したい	・家族教室 ・集団療法
・セカンドオピニオン	・診断書の交付
・その他(具体的に _____)	

ご協力ありがとうございました。