問診票

フリガナ		記入日：
氏名		男 ・ 女
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平　　年　　月　　日　　（満　　歳）	
住所	〒　　－	
電話番号	自宅番号（　　） 携帯番号（　　）	

保険事項等

精神障害者手帳	有 （　　級　　年　　月 所得） ・ 無
障害者年金	有 （　　級　　年　　月 所得） ・ 無

精神科既往歴

医療機関名		治療期間	診断名
	外来・入院	年　月　日～　年　月　日	
	外来・入院	年　月　日～　年　月　日	
	外来・入院	年　月　日～　年　月　日	
	外来・入院	年　月　日～　年　月　日	
	外来・入院	年　月　日～　年　月　日	
	外来・入院	年　月　日～　年　月　日	

生活歴

年齢	学校名（学部）	所在地	特記事項（学校での様子など）

職歴

年齢	所在地	会社名	勤務状況・退職（年月日/理由）他

家族歴

現在の生活状況　□家族と同居　□家族と別居（一人暮らし・グループホーム・他（　　）				
家庭の状況				
氏名	生年月日	続柄	職業	同居・別居
	（　　歳）			
	（　　歳）			
	（　　歳）			
	（　　歳）			
	（　　歳）			

［趣味・嗜好］
飲酒：　　歳頃から
日本酒　・　焼酎　・　ビール　・ウィスキー　・その他（　　）　　杯/　日
晩酌　・　機会飲酒　・　その他（　　）：　週　　日
喫煙：　　歳頃から　、　　本/日
趣味：

支援・利用機関（福祉サービス・相談機関等）		
機関名	実施・相談内容	利用期間

〔主訴〕

〔問題行動〕 陳述者（本人との関係）：氏名　　（　　）

〔発病時とその後の経過〕　陳述者（本人・父・母・兄弟姉妹・子・その他（　　）

年　月　日	