

精神科外来問診票（お答えできる範囲でかまいません）

記入日 202 年 月 日

受診者名	記入者名	本人との関係
来院同伴者は <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（名前： 関係： ）		
1.今一番つらいこと、お困りの症状は何で、それはいつごろからですか？		
そのことで受診したことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
現在お薬は飲んでいますか？ <input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない		
紹介状はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

記入が済みましたら外来ナースステーションまでお持ちください。