

# 受診用調査票

記入日 (R 年 月 日)

※診療情報提供書に記載があれば省略可

ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年	月	日
氏名						( ) 歳		
住所								
紹介目的								
	入院希望の場合	入院への同意 : <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄) _____						
家族状況	【家族図】			来院時の 同伴者				
	キーパーソン : _____ (続柄) _____			経済状況	<input type="checkbox"/> らく <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> くるしい <input type="checkbox"/> 就労収入 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> その他 (                      )			
精神科治療歴					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ①病院名 _____ <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 ( 年 月 ~ 年 月 ) ②病院名 _____ <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 ( 年 月 ~ 年 月 )			
既往歴	①病名 _____ ( 歳)                      ②病名 _____ ( 歳) ③病名 _____ ( 歳)                      ④病名 _____ ( 歳)							
通院中の病院 ・ 使用中的お薬								
ADL	移動 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり 食事 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄 : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> 紙おむつ/紙パンツ							
その他 (伝達事項が あればご記入 下さい)								