



メンタルケア・ユニット 予診用紙

年 月 日

ID : _____

お名前 : _____ 記入者 : ご本人 ・ その他 ()

◆今日はこういったことで来られましたか？それはいつ頃からですか？

◆今までに大きな病気やケガをされたことがありますか？ はい ・ いいえ

ある方は時期と病名をお書きください。

◆これまでに手術を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

ある方は時期と病名をお書きください。

◆かかりつけ医はありますか？ はい ・ いいえ

ある方は病院・診療所名をお書きください。

◆（女性の方のみ）現在、妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ



◆現在飲んでいる薬はありますか？

はい ・ いいえ

ある方は薬の名前をお書きください。（お薬手帳等を持参された方は受付にお出してください）

◆今までに食物や薬でアレルギーや副作用を経験されたことがありますか？ はい ・ いいえ

ある方は薬の名前・種類、起きた症状等をお書きください。

◆今までに精神科・神経科。心療内科を受診したことがありますか？

はい ・ いいえ

ある方は時期・病院名・症状等をお書きください。

◆本日紹介状はお持ちですか？（ある場合は受付にお出してください）

はい ・ いいえ

◆身長 _____ cm 体重 _____ cm

◆これまでに以下のいずれかを受診されたことがありますか？

北原国際病院（有・無）北原リハビリテーション病院（有・無）北原RDクリニック（有・無）北原ライフサポートクリニック（有・無）

◆当院はどちらでお知りになりましたか？

家族が受診・看板を見た・知人の紹介・近所に住んでいる・電話帳を見た・インターネットで検索・他院からの紹介
その他（ ）

◆本日はどのような交通手段でお越しになりましたか？

自家用車 ・ タクシー ・ バス ・ 電車 ・ 徒歩 ・ 自転車 ・ その他（ ）

※当院では診察時、患者様をお名前呼び出しをしております。お名前を伏せたい方は受付でお申しください。

