

受講者の皆様へ

問診票

教室開催にあたり、ご確認させていただきたい事項がございますので、以下の質問にお答えいただき当日受付にて提出をお願いします。
問診票は講座を安全かつスムーズに開催する為に活用させていただきます。ご理解の上ご協力お願い致します。

氏名 _____

性別 男 ・ 女 年齢 _____ 才

1 現在服用している薬剤の情報をお書き下さい。(お持ちの方は薬剤情報書のコピーも合わせて提出をお願いします。)

病名	投薬	薬品名
	あり ・ なし	

かかりつけの病院： _____ 医師名： _____

2 オアシスの利用登録証をお持ちでない方、または登録時と状況が変わっているようでしたら身体状況をお知らせください。

裏面に続きます

3 該当項目に丸を付け、情報を記入してください。

じしょうこうい 自傷行為	あり なし 有・無	ほかがいこうい 他害行為	あり なし 有・無
ほっさ 発作	あり なし 有・無	さいしゅうほっさ 最終発作	ねん がつ にちごろ 年 月 日頃
ほっさ かた かぞく じゅうちゅう 発作のある方で、ご家族が受講中にオアシスにいらっしゃらない方は発作時の対処及び かくじつ れんらくさき きにゅう 確実につながる連絡先をご記入ください。			

4 その他

- きょうしつ じゅうこう
 教室を受講するにあたって、じょうきいがい びょうき きょうしつ ようぼうどう きにゅう
 上記以外での病気や教室でのご要望等をご記入ください。
