

氏名

様 診 療 録

②

職			勤	① 会社名 上司名	
				所在地 TEL	
業			務	② 会社名 上司名	
				所在地 TEL	
福 社	年 月 日	申請 受給	年 金		
事 務 所	地区名	担当者			
保護者 氏 名	1)	続柄	住 所	TEL	職 場 TEL
保護者 氏 名	2)	続柄	住 所	TEL	職 場 TEL
保護者 氏 名	3)	続柄	住 所	TEL	職 場 TEL
Case受付経過：紹介者			病院 福祉	(TEL)	先生 CW
最近の					
主 訴：					
経 過：					
cross addiction					
主症状： 発病年月日 年 月 日頃					
飲酒にかりたてる要因・原因は？					
手の振え (+, -) 年前から 幻視 (+, -) 年前から					
警察保護歴		犯罪歴		非行歴	
特 異 体 質	ピリン系 ペニシリン	食品 アレルギー	常用薬		
内 科 合 併 症		内 科 既 往 症			