

정신건강 설문지 (TBPE 검사 보조)

음료번호	
이 10	

1. 정신건강의학과에서 진단을 받은 적이 있습니까?
 ① 예 (1-1로) ② 아니오

1-1. 진단을 받은 환자의 진단명은 무엇입니까?
 ()

1-2. 현재 약물 치료 중 있습니까?
 ① 예 (1-3으로) ② 아니오

1-3. 치료 중인 약의 이름은 무엇입니까?
 ()

2. 가족 중에 정신건강의학과에서 진단을 받은 환자가 있습니까?
 ① 예 (2-1로) ② 아니오

2-1. 진단을 받은 환자의 진단명은 무엇입니까?
 ()

3. 정신건강의학과 질환 외에 문제로 한정된 의약품 또는 마약을 복용한 적이 있습니까?
 ① 예 (3-1로) ② 아니오

3-1. 약의 이름은 무엇입니까?
 ()

20 년 령 인

본 설문지 결과를 바탕으로 건강 평가를 실시하며 이 외 다른 목적으로 사용되지 않습니다.
 본인에게 자기 기재내용이 사실과 다르지 않음을 증명합니다.

(인) : 수검자

(인) : 설문조사자