

問 診 票

フリガナ 氏 名		生年月日 ・ 性 別	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生 (歳)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住 所	〒		自宅電話		<input type="checkbox"/> 無
			携帯電話		<input type="checkbox"/> 無
緊急 連絡 先	フリガナ	本人との 関係	自宅電話		<input type="checkbox"/> 無
	氏 名		携帯電話		<input type="checkbox"/> 無

1 本日受診された症状について

症状の内容 _____ 発症時期 _____ 年 月 日
経 過 _____

2 現在どのようなことでお困りですか？当てはまる項目にを付けてください

- 頭痛 吐き気 ひきつけ 気を失った 物忘れ イライラする 眠れない
 考えがまとまらない 食欲がない 何もする気がしない シャベリすぎる
 実際に無いものが見えたり聞こえたりする みんなが噂している 被害的である
 奇妙な言動がある 乱暴 浪費（お金を使いすぎる） 不安である
 閉じこもる 大量飲酒 下痢 便秘 日中の眠気
 その他 (_____)

3 当院に来る前に、どこかでご相談になりましたか？

いいえ はい → 相談したところ (_____)

4 現在、他の医療機関に通院されていますか？

いいえ はい → 医療機関名 (_____) 受診日 (_____) 治療内容 (_____)
「はい」の場合、他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ 持っている 持っていない

5 今までに精神科・神経科・心療内科にかかったことがありますか？

いいえ

はい → 才頃 _____ 病院 (通院 入院) 約 _____ 年 _____ ヶ月
才頃 _____ 病院 (通院 入院) 約 _____ 年 _____ ヶ月

6 今までに大きな病気にかかったことがありますか？（入院や手術を要する病気等）

いいえ

はい → 才頃 _____ 病院 (通院 入院) 約 _____ 年 _____ ヶ月

7 今までにかかったその他の主な病気・ケガ等についてお書きください

病名 才頃 _____ 病院 (通院 入院) 約 _____ 年 _____ ヶ月
病名 才頃 _____ 病院 (通院 入院) 約 _____ 年 _____ ヶ月

8 この1年間で検診等を受診されましたか？（特定検診・高齢者検診）

（マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です）

いいえ はい → 受診時期（ ） 指摘事項（ ）

9 現在服用している薬はありますか？

（マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1カ月以内の処方薬以外は、省略可能です）

いいえ はい → どんな薬ですか？ _____

10 薬や食品に対するアレルギーがありますか？

ない ある → どんな種類に対してですか？ _____

※お薬手帳 有 無

11 お酒は飲まれますか？

飲まない 飲む → 1週間にどのくらいですか？ _____

12 たばこは吸われますか？

吸わない 吸う → 1日 _____ 本

13 現在、妊娠中または授乳中ですか？（女性のみ） いいえ はい → 妊娠週数（ 週）

14 過去1カ月以内に海外渡航歴はありますか？ あり なし

「あり」の方・・・ 渡航先（ ） 渡航期間（ ）

15 家族構成について

本人との続柄	氏名および現在の年齢 又は死亡時の年齢	<input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	本人との続柄	氏名および現在の年齢 又は死亡時の年齢	<input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 死去	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
父	()			配偶者	()		
母	()			子供	()		
兄弟姉妹	()				()		
	()				()		
	()				()		

16 ご家族やご遺族の中に精神科や心療内科に通院歴がある方がおられますか？

いいえ はい → 続柄をご記入下さい（ ）

17 本人の性格特徴に☑してください

内気 社交的 短気 小心 神経質 几帳面 わがまま
 甘えん坊 勝ち気 素直 頑固 楽天的 気難しい 照れ屋 大げさ

18 最終学歴をご記入ください

学校名

(卒業 中退 在学中)

(成 績 上 中 下)

19 今までの職業をお書きください

20 その他ご記入したいことがございましたらお書きください

21 記入された方のお名前

続柄 (本人 その他)

22 当院をどちらで知りましたか？

知人 ホームページ 駅の看板 その他 ()

23 通院手段をご記入ください

車 電車 バス その他 ()

24 マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

同意した 同意しない

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）
加算1：4点 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）

*** ご協力ありがとうございました ***

医療法人社団 輔仁会
大宮厚生病院