

問診票



ご不明な点はスタッフへどうぞ

記入日：令和____年____月____日

記入者：____（続柄：____）

（ふりがな）

生年月日

本人の氏名 _____（男・女） 大・昭・平 _____年____月____日（____歳）

住所 _____ 電話連絡先 _____ - _____

緊急時連絡先氏名 _____（続柄____） 住所 _____

緊急時電話連絡先 ① _____ - _____（続柄____） ② _____ - _____（続柄____）

① 今回どのような事がお困りで受診されましたか？（ご本人様のご記入が難しい場合は付き添い方のご記入で構いません）

※症状については、「いつ頃から始まり、どのように変化してきたか」具体的に記入をお願いします。

● 症状が出るきっかけについて、思い当たる事柄があればご記入ください。

② 今まで精神科・心療内科を受診したことはありますか？最近の受診から順にご記入ください。

なし あり

1. _____年____月 ~ _____年____月 外来・入院(____) 病院・クリニック (病名:____)

2. _____年____月 ~ _____年____月 外来・入院(____) 病院・クリニック (病名:____)

3. _____年____月 ~ _____年____月 外来・入院(____) 病院・クリニック (病名:____)

③ 現在治療中、または今までにかかったお体の病気やケガについて教えてください。

● 以下の病気に当てはまるものにチェックをつけて下さい。

高血圧 糖尿病 脂質異常症 緑内障 気管支喘息 脳卒中(脳梗塞、脳出血など)

B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV 疥癬 その他の感染症(____)

● その他の病気・ケガについては以下にご記入ください。

病名(____) 年齢(____)歳 薬: あり なし 病院名(____)

病名(____) 年齢(____)歳 薬: あり なし 病院名(____)

● おくすり手帳を持参されていない方は、現在服用中のお薬を以下にご記入ください。

④ 今まで薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことはありますか？

なし あり(原因物質名:____) 症状:____)

⑤女性の方への質問です。

- 現在妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ わからない
- 月経不順はありますか？ はい いいえ
- 最終月経はいつですか？ _____月_____日 (閉経： _____歳頃)

⑥以下の使用歴について教えてください。

- お酒： 飲む 過去に飲んでいたがやめた 飲まない
(期間： _____ 頻度： _____ 種類： _____ 量： _____)
- タバコ： 吸う 過去に吸っていたがやめた 吸わない
(期間： _____ 頻度： 1日 _____ 本程度)

⑦ご本人様の経歴について可能な範囲で教えてください。

- 最終学歴：(_____) 卒業 中退 ● 結婚歴： なし あり (_____ 歳頃)
- 子供： いない いる (_____ 名 続柄： _____) ● 現在の職業：(_____)

⑧ご家族について教えてください。

- 兄弟姉妹： _____人中 _____番目
- 同居家族(ペットも含む)： _____人 (続柄： _____) _____匹 (動物名： _____)
- ご親族の中で精神科通院中あるいは通院歴のある方はいらっしゃいますか？
 いない ・ いる (続柄： _____ 病名： _____)

⑨現在の生活状況について教えてください。

- 食事状況
 - ▶ 食欲： ある ない
 - ▶ 食事量： 普通 減っている 全く摂れない
 - ▶ 形態： おかゆ 軟飯 常食
- 睡眠状況
 - ▶ 寢床に入る(_____)時 → 眠りにつく(_____)時 → 完全に目が覚める(_____)時 → 布団を出る(_____)時
 - ▶ 夜中に途中で目が覚める回数：(_____)回
 - ▶ 睡眠薬等の使用： あり なし
- 排便状況
 - ▶ 頻度：(_____)日に(_____)回程度
 - ▶ 便の性状： 硬い 普通 柔らかい 下痢
- 体重変化(最近3ヶ月間)
 - 増えている (_____ kg増) 変化なし 減っている (_____ kg減)
- 趣味・気晴らし
(_____)
- 転倒・頭部打撲歴(最近3カ月間)
 - なし あり(詳細： _____)
- 福祉サービス(介護保険・障害)の利用
 - なし あり(利用詳細： _____)

ご記入ありがとうございました。



同意書

<p>(40歳以上の方) 過去の健診情報を当機関に提供することに同意しますか。 当該情報は、診察や健康管理のために使用します。</p> <p><input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない・40歳未満の方</p>
<p>過去のお薬情報を当機関に提供することに同意しますか。 当該情報は、診察や健康管理のために使用します。</p> <p><input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない</p>
<p>過去の診療・お薬情報を当機関に提供することに同意しますか。 当該情報は、診察や健康管理のために使用します。</p> <p><input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない</p>
<p>特定疾病療養受療証情報を当機関に提供することに同意しますか。 ※ 当該欄への記載が必要か否かについては、職員に確認ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない</p>

(記入日： 年 月 日)

ふりがな	
お名前	
(代理人記入の場合、代理人氏名)	(続柄)

⑩他の病院からの紹介状はお持ちですか？ はい いいえ

⑪現在他の病院やクリニックに通院していますか？

●（ ）病院・クリニック

受診日（ 月 日） 治療内容： _____

●（ ）病院・クリニック

受診日（ 月 日） 治療内容： _____

⑫この1年で特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？

受診日：

指摘事項：なし

あり 内容： _____

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います。

正確な情報を取得するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◆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）