記入日：令和　　　年　　　月　　　日

ご不明な点はスタッフへどうぞ

AL問診票

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依存症での治療歴はありますか？**

　　□なし　　　□あり（病院：　　　　　　　　　　　　　　　ARP受講回数：　　　　　　　　　　　　）

**④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　 □膵炎　 □肝硬変　□緑内障　 □気管支喘息　□脳卒中（脳梗塞、脳出血など）

□静脈瘤　□Ｂ型肝炎 　□Ｃ型肝炎 　□梅毒 　□ＨＩＶ □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。

**⑤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：　　　　　　　　　　　　　　　　)

**⑥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）

**⑦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

▶ 寝床に入る(　　)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 □軟らかい □下痢

●体重変化（最近３ヶ月間）　▶□増えている（　　　㎏増）　 □変化なし　 □減っている（　　　㎏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：　　　　　　　　 　　　）

**⑧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：( )

**⑨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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●家族や同居者でお酒を飲まれる方はいますか？

祖父：　　　　祖母：　　　　父：　　　　母：　　　　配偶者：　　　　　兄弟・姉妹：

他　：

**⑩これまでの飲酒について教えてください。**

●初めて飲酒したのは何歳頃ですか？　　　　　　 　　歳ごろ　(動機:　　　　　　　　　　　 　 )

●お酒を初めて飲んだときに、少ない量で顔や体が赤くなる、吐き気や頭痛などがありましたか？

　　　　　　　　　　　　　　　　　　□いいえ　　□はい（ほかの症状：　　　　　　　　　　　　　）

●飲酒して記憶が無くなっていることがありますか？　　　□いいえ　　□はい

●習慣的に飲酒するようになったのは何歳頃ですか？　　　 　　歳ごろ

●家族や周囲に隠れて飲酒することがありますか？　　　　□いいえ　　□はい 　　　　歳ごろ

●連続飲酒をして止められなくなることがありますか？　　□いいえ　　□はい 　　　　歳ごろ

●これまで断酒や禁酒を試みたことはありますか？　　□いいえ　　□はい 　　　　歳頃　期間

●飲酒をやめた際に症状が出たことがありますか？　　□いいえ　　□はい

▶それはどんな症状ですか？　（ 不眠・震え・幻覚・発汗・イライラ・その他:　　　　　　　　　　　）

●現在、家にお酒の在庫を置いてありますか？

□いいえ　　　　□はい（何を：　　　　　どのくらい: 　　　　　　　　　　　　　 ）

　　●お酒を購入するのはどなたですか？

□本人　□同居者（続柄：　　　）□別居者（続柄：　　　　）□他（　　　　　　　　　　　　　）

**⑩運転免許についてお聞きします。**

　　●運転免許はありますか？　　□なし　　□あり　（　車の所有：□なし　　□あり　）

　　●これまで飲酒した状態で車の運転をしたことはありますか？　　□なし　　□あり

　　●飲酒運転で行政処分や罰則を受けたことがありますか？　　　　□なし　　□あり

**⑪受診に来られた理由で、困っていることについてお聞きします。**

●身体のこと　　□なし　　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　●精神的なこと　□なし　　　□あり（ 　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●仕事のこと　　□なし　　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●人との問題　　□なし　　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●警察沙汰　　　□なし　　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**⑫その他、使用歴について教えてください。**

●タバコ　　　□吸う(何歳頃から:　　　　　　　　　本数:1日 　　 本程度 )

　　　　　　　□やめたい　　　※当院に禁煙外来があります

□吸わない　□過去に吸っていたがやめた（何歳頃：　　　　　きっかけ：　　　　　　）

●ギャンブル　□しない　　□する（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●薬物使用歴　□なし　　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※秘密は厳守します

**⑬他の病院からの紹介状はお持ちですか？　　　□はい　　　　　□いいえ**

**⑭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：

**⑮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：

同　意　書

|  |
| --- |
| （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。□　　同意する　　 　　　□　　同意しない・40歳未満の方 |
| 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。□　　同意する　　 　　　□　　同意しない |
| 過去の診療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。□　　同意する　　 　　　□　　同意しない |
| 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。□　　同意する　　 　　　□　　同意しない |

（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） |

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14点　加算22点（マイナ保険証を利用した場合）