

問 診 票

令和 年 月 日

※以下の質問はお答え出来る範囲でお答えください。お答えが難しい質問などは空欄で構いません。

※以下の質問のお答えは診療以外の目的で使用することはございません。

※記入者が本人以外の方の場合・・・氏名 _____ 関係 (_____)

フリガナ
氏名 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 月 日 (_____) 歳

連絡先 (_____) 携帯 Tel _____

住所 (〒 _____) _____

職業 _____ 結婚歴 未婚・既婚・離婚・別居・死別

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・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 6点 加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)

※マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか? (はい ・ いいえ)

1) 本日はどのような事でお困りになられての受診ですか? (できるだけ詳しくお願いします)

[_____]

2) 上のような症状があらわれる「きっかけ」があったと思いますか? (はい・いいえ)

「はい」の場合 (_____)

3) 上のような症状はいつ頃からありますか? (_____ 頃から)

4) 今までに他の精神科病院やクリニックを受診したことがありますか? (はい・いいえ)

_____ 頃 _____ 病院・医院・クリニック

_____ 頃 _____ 病院・医院・クリニック

_____ 頃 _____ 病院・医院・クリニック

精神科・心療内科に入院したことがある方は、最後に入院していた時期をご記入下さい。

_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月

5) ①今現在、治療中の病気はありますか? (はい・いいえ)

糖尿病・高脂血症・脳卒中・甲状腺機能異常・高血圧症・心臓疾患・肝疾患・その他
(_____)

②過去に大きなケガをしたことがありますか? 交通事故や頭部外傷など (はい・いいえ)

(病名: _____ いつ頃 _____)

6) 今までに薬や食物でアレルギーがでたことはありますか? (はい・いいえ)

「はい」とお答えになった方は、いつ頃何の薬や食物でアレルギー反応があらわれましたか?

(_____)

裏 面 に 続 き ます。

7) 最近の睡眠の様子についてお答え下さい。 (眠れない・よく眠れる)
眠れない方は下欄に記入してください。

寝付きが悪い	・	途中でよく目が覚める	・	早く目が覚める	・	寝た気がしない
目覚めが悪い	・	昼夜逆転している		平均睡眠時間 (約		時間)

- 8) 食欲はありますか? (ない・食べ過ぎる・食べても吐いてしまう・普通)
体重の増減はありますか? (ある【 1ヶ月で kg 増・減】・変化なし)
- 9) 便秘はどうか? (下痢気味・便秘気味・便秘と下痢をくりかえす・快便)
- 10) (女性の方のみ) 月経の状況はどうか? (不順・閉経・順調)
現在、妊娠していますか? (はい・いいえ)
- 11) アルコール摂取について (つきあい程度・毎日飲む・多量に飲む・飲まない)
(1日に _____ を _____ ml程度)
- 12) タバコについて (吸う【 1日 本程度】・吸わない)
最近本数が (増えた・減った・以前と変わらない)
- 13) 現在および過去の覚醒剤・シンナー・大麻・脱法ハーブなどの使用歴は? (ある・ない)
「ある」の場合 何を _____ いつ頃 _____
- 14) 気分が変わりやすいですか? あるとすればどんな時ですか? (はい・いいえ)
「はい」の場合 ()
- 15) 気分が落ち込みやすいですか? あるとすればどんな時ですか? (はい・いいえ)
「はい」の場合 ()
- 16) 記憶がないということがよくありますか? (ある・ない)
- 17) 奇妙な声が聞こえることがありますか? (ある・ない)
- 18) よく起こる身体的な不調はありますか? (ある・ない)
あるとすればどんな症状ですか?
()
- 19) 家族や親類に精神科受診歴のある方はいますか? (はい・いいえ)
「はい」の場合 誰 () が病名 () で受診
- 20) 教育歴(最終学歴) についてお教えてください。
(中学校・高校・専門学校・大学・大学院) 卒業・中退・在学中
- 21) 職業歴についてお教えてください。 (転職歴あり【 】回・転職歴なし)
- 22) 現在、信仰されている宗教はありますか? (はい・いいえ)
「はい」の方 名称 ()
- 23) 現在、利用している福祉サービスなどはありますか? (はい・いいえ)
「はい」の方は以下もご記入ください。

障害年金 () 級	・	障害者手帳 () 級	・	自立支援医療
訪問看護 ()		その他の福祉サービス ()		
介護保険 要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5		ケアマネージャー ()

- 24) 当院のことを、どこでお知りになりましたか?
ホームページ・雑誌(雑誌名 _____)・クリニックの紹介・駅の広告
友人の紹介・その他 ()