

問 診 票

令和 年 月 日

※以下の質問は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。

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

連絡先 () _____ 携帯 Tel _____

住所 (〒 -) _____

※記入者がご本人以外の方の場合・・・氏名 _____ 関係 () _____

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) 本日はどのような症状(理由)で受診されましたか?

(_____)

2) 症状があらわれる「きっかけ」があったと思われませんか? 【いいえ】 ・ 【はい】

【はい】の場合 (_____)

その他に当てはまる症状があれば○をつけてください。

からだがだるい 疲れやすい 肩こり 元気がでない 気分が落ち込む 気分の波がある 悲しい
何もする気がしない 不安になる イライラする マイナス思考 泣きたくなる 自分を責める
死について考える アルコールがやめられない 記憶がない事がある 奇妙な声が聞こえる

上のような症状はいつ頃からありますか? (_____ 頃から)

3) 他の心療内科・精神科に通院あるいは入院していたことがある方は下の例を参考にご記入ください。

例：令和2年頃(40歳頃、のように年齢でも構いません)うつ病で〇〇病院に入院

| | | | |
|---------|---------|--------------------|-------------|
| _____ 頃 | _____ で | _____ 病院・医院・クリニックに | _____ 通院・入院 |
| _____ 頃 | _____ で | _____ 病院・医院・クリニックに | _____ 通院・入院 |
| _____ 頃 | _____ で | _____ 病院・医院・クリニックに | _____ 通院・入院 |
| _____ 頃 | _____ で | _____ 病院・医院・クリニックに | _____ 通院・入院 |
| _____ 頃 | _____ で | _____ 病院・医院・クリニックに | _____ 通院・入院 |

心療内科・精神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ください。

_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 病院

4) 最近の睡眠の様子についてお答えください。 【眠れる】 ・ 【眠れない】

眠れない方は当てはまるものに○をつけてください。

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)

5) 食欲はありますか? 【普通】 ・ 【食べても吐いてしまう】 ・ 【過食】 ・ 【ない】

体重の増減はありますか? 【変動なし】 ・ 【1ヶ月で _____ kg 増・減】

6) 便秘はどうか? 【快便】・【便秘と下痢を繰り返す】・【下痢気味】・【便秘気味】

緩下剤を使用していますか? 【いいえ】 【はい：下剤名 _____】

・・・裏面もご記載ください・・・

- 7) (女性の方のみ) 月経の状況はどうか? 【順調】【閉経】・【不順】
 現在、妊娠していますか? 【いいえ】 ・ 【はい】
- 8) お酒を飲みますか? 【飲まない】・【つきあい程度】・【毎日飲む】・【多量に飲む】
 【1日: _____ を _____ ml程度 ・ _____ を _____ ml程度】
- 9) タバコは吸いますか? 【吸わない】 ・ 【吸う: 1日 _____ 本程度】
 最近本数が【変わりなし】・【減った】・【増えた】
- 10) 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? 【ない】 ・ 【ある】
 【ある】の場合 何を _____ いつ頃 _____
- 11) 信仰されている宗教はありますか? 【いいえ】 ・ 【はい: _____】
- 12) 現在、利用している福祉サービスなどはありますか? 【いいえ】 ・ 【はい】
 【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 (_____) |
|---|

- 13) ①現在、治療している体の病気はありますか? 【いいえ】 ・ 【はい】
 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過去に大きなケガなどがありましたか? (交通事故や頭部外傷など) 【いいえ】 ・ 【はい】
 (病名: _____ いつ頃: _____)
- 14) 今までに薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか? 【いいえ】 ・ 【はい】
 【はい】の場合 (薬: _____ 食べ物: _____)
- 15) ご家族についてお教えてください。
 ご両親 父 _____ 歳、母 _____ 歳 ご両親の離婚歴 なし あり
 ご両親が亡くなられている場合(例:父は脳梗塞にて70歳で他界... _____)
 きょうだい なし あり (全きょうだい _____ 人中の _____ 番目)
 【あり】の場合のきょうだい構成(例:兄、姉、私、弟... _____)
 ご自身の結婚歴 未婚 既婚 _____ 歳 離婚 _____ 歳 再婚 _____ 歳
 子ども なし あり (例:男13歳、女5歳... _____)
 現在同居している方 なし(独居) あり(例:父・母・兄... _____)
- 16) 家族や親族に心療内科・精神科を受診した方はいますか? 【いいえ】 ・ 【はい】
 【はい】の場合 続柄 (_____) が病名 (_____) で受診
- 17) 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・短期大学・大学・大学院】 を 【卒業・中退・在学中】
- 18) 職業歴についてお教えてください。
 現在のご職業: _____ 転職歴: _____ 回
 職業歴(例:製造業10年→自営業20年...)
-
- 19) 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 (_____)