

問診票

来院日 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 男□ 女□ ご職業 _____

マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？（はい・いいえ）

他の医療機関からの紹介状を持っていますか？（はい・いいえ）

今一番お困りのことは何ですか？

それは、いつ頃からですか？（年 月 日）頃 もしくは（）歳頃

原因やきっかけについて思い当たることはありますか？

どのようなときに、どういった症状からはじまり、その後どうなっていますか？

（簡単な経過を教えてください）

これまでに心療内科、精神科を受診されたことはありますか？

いいえ□ はい□（医療機関名：）

今までにかかった病気や、現在治療中の病気はありますか？

（糖尿病、高血圧、心疾患、肝臓疾患、腎臓疾患、緑内障、その他）

現在服用中のお薬があれば、その薬剤名と処方を受けている医療機関名をお書きください。

（マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1か月以内のお薬のみお書きください）

お薬、食べ物によるアレルギーや副作用はありますか？

（女性の方のみ）現在妊娠していますか？ いいえ□・はい□（第週）・不明□

（2枚目に続く）

ご家族、ご親戚のなかで、心療内科、精神科を受診された方はいらっしゃいますか？

いいえ はい(病名：)

ご家族、ご親族のなかで、持病をお持ちの方がいらっしゃればお書きください。

現在どなたとお暮らしですか？(複数チェックしてください)

独居・夫・妻・父・母・祖父・祖母・兄弟姉妹(人)・子供(人)

その他()

学歴・職歴について、差支えのない範囲でお書きください。

ご自身の性格はどんな性格だと思われますか？

食欲は？ ない ある 最近1か月間の体重の変化は？ 増加 減少 変化なし

睡眠は？ 良い 普通 悪い 睡眠時間 時～ 時(約 時間)

便通は？ ふつう 下痢 便秘

たばこは？ 吸わない・吸う(1日 本を 年間)

アルコールは？ 飲まない・飲む (お酒の種類)(お酒の量 /日)

常用されている市販薬・健康食品はありますか？ ない ある(名称)

ご質問やご希望があれば、ご自由にお書きください。

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います。

正確な情報を取り得・活用するため、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は以下の通りです。

(初診・再診共に) 1点

お疲れ様でした。ご協力ありがとうございました。