

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ますか？(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。