問診票 Ｎo　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　初診 令和　　年 　　月 　　日

診察をスムーズに行うため、以下のことについてあらかじめご記入いただいております。あてはまる□にチェックをお願いします。不明な点、ご記入が難しい点は飛ばしていただいても結構です。

受診された方のお名前　　　　　　　　　　　　　　　□男 □女 （ 　　　歳）　　　身長　　　　㎝　　体重　　　　㎏

記入した方が別である場合　　　　　　　　　　 　　 ご関係 　□配偶者 □子 □親 □他（ 　　 　　　）

１．マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証の利用)による情報取得に同意しますか。

□同意しない□同意する

２．他の医療機関からの紹介状はありますか。

□ない □ある

３．この1年間で健診（特定健診や高齢者健診）を受診しましたか。

□いいえ □はい（時期：　　　　　　 指摘事項： ）

４．今回、ご相談されたい主な症状はどのようなものですか。（具体的にご記入ください）

・

□頭痛　□吐き気　□気を失った　□物忘れ　□眠れない　□いらいら　□食欲がない　□性欲がない

□元気が出ない　　□気持ちが落ち込む □何をするのもおっくう　 □悲観的である

□死にたいきもちがある　□元気がよすぎる　 □しゃべりすぎる □お金を使いすぎる

□人柄がかわった □考えがまとまらない □自分のことを変な目でみる

□実際にないものがみえたりきこえたりする　 □なんとなく周囲が変わったような気がする

□みんなが自分のことをうわさしているように感じる

５．いつ頃から始まりましたか。　　＿＿＿年＿＿＿月頃から（または＿＿＿歳ころ）

６．思い当たるきっかけはありますか。

□ない □ある（内容 ）

７．これまで精神科や心療内科での治療を受けたことがありますか。

□ない □ある

（ 　　年 　　月から 　　年 　　月まで　病院名 ）□外来 □入院

（ 　　年 　　月から 　　年 　　月まで　病院名 ）□外来 □入院

８．現在、他の科で治療を受けていますか。

□受けていない 　　□受けている（病名 ）

９．現在服薬されている薬はありますか

□ない □ある（薬品名 ）

１０．今までかかった主な病気や怪我についてお書きください

□なし □あり（病名 ）

　裏面にお進みください

１１．教育歴、職業歴についてうかがいます

最終学歴 （ ）　□卒業 □在学中 □中退等

不登校　 □なし □あり（時期 　　　　　　　　　　　　）

現在の勤務先 （ ）

転職歴 　□なし □あり（ 　　　回）

１２．ご家族についてうかがいます

ご両親　 父親 　□健在　 □死去（ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　 　　　年）

母親 　□健在 　□死去（ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　 　　　年）

ご兄弟 （ 　　　　人兄弟の 　　　　番目）

ご結婚 □未婚 □既婚 □離婚

子ども □なし　　 □あり（ 　　　人）

現在の同居の方（ ）

ご家族で精神疾患の方はいませんか　□いない　□いる（ ）

１３．女性の方のみお答えください

月経 　□順調 　□不順（ 　　　　頃から）

月経と症状との関係 □なし □あり 　現在妊娠の可能性　 □なし □あり

授乳中の有無 　 □なし □あり

1４．受診される方の性格についてあてはまるものはどれですか

□無口 　□内気　 □孤独 　□現実的ではない 　□粘り強い 　□くどい 　□短気　　□粗暴

□円満　 □世話好き 　　 □交際好き　 □現実的 　□見栄っ張り 　□おおげさ　 □甘えん坊

□わがまま 　　□神経質　　□完全にしないと気がすまない 　□心配性　　□几帳面

□責任感が強い　　□真面目 　　□熱中しやすい　□意思が弱い 　□うそをつく 　□冷たい

1５．その他のことについてもうかがいます

・飲酒 　　□飲まない 　□機会があるときのみ　 □ほぼ定期的（週に　　 日程度）

・たばこ 　□吸わない 　□吸う（1日　　 　　本程度）

・乱用薬物の使用 　□使用歴なし　 □使用歴あり （薬物名 ）

・薬物や食品でのアレルギー　 □なし　　 □あり　※ありの場合は下の欄にご記入ください

品名 　　　　　　　　　　　　　　症状

1６．そのほか診察にご希望があればお書きください

・

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

記入がおわりましたら、受付にお渡しください。

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します。

精神科・児童精神科・心療内科・神経内科

**診　察　申　込　書**年　　　　　　月　　　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **男**  **・**  **女** | **（生年月日）**  **昭和**  **平成　　　　 年　　　 月　　 　日生**    **令和** | |
| **患者氏名** |  |
| **現住所** | **〒　　　　　　　　　－**  **県　都　道　府**  **連絡先① ：　　　　　　　　（　　　　　　　　）**  **連絡先② ：　　　　　　　　（　　　　　　　　）** | | | |
| **患者さま以外**  **の**  **緊急連絡先** | **フリガナ ：** | | | **続柄 ：** |
| **氏　　名 ：** | | |
| **連絡先① ：　　　　　　　　　（　　　　　　　　）** | | | |
| **連絡先② ：　　　　　　　　　（　　　　　　　　）** | | | |
| （該当者のみ）  施設名等 | 施設名称 ： | | | |
| 所在地　　： 〒　　　　　　　　　－    　県　都　道　府 | | | |
| 電話番号 ：　　　　　　　　（　　　　　　　　） | | | |
| 備考 |  | | | |