年　　　　月　　　日

ID：　　　　　　　　　氏名：

**問診票**

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　4点（保険証を利用した場合）

加算2　2点（マイナ保険証を利用した場合）

マイナ保険証をお持ちの方にお伺いします。

マイナ保険証による診療情報取得（マイナ保険証での受付）に同意しますか？

□同意する　　　　　　　　□同意しない

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

　□持っている　　　　　　　□持っていない

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

こころの悩みは生活や環境に関係することもありますので、できる限りご記入下さいますようお願い致します。よくわからない項目があれば、空欄のままでも構いませんので、15分程度でご記入下さい。記入が終わりましたら外来の看護師にお渡し下さい。（以下☑をいれて下さい。）

０．記入されている方はどなたですか？

□ご本人 □ご家族（　　　　　　　　　　　） □その他（　　　　　　　　　　　　）

１．今回の受診はどなたの希望・意向によるものですか？

□ご自分から □ご家族・知人のすすめ □他院先生のすすめ □その他（　　　　　　　　　　　　）

２．どんなことでお困りですか？どんな症状がありますか？（当てはまる全てに☑、一番困るものに■）

□対人関係に悩んでいる □会社や学校に行けない □仕事や勉強についていけない

□不安や動悸がつよい（つよくなる場面： 　　　 ）□意欲がでない □体がだるい

□眠れない（□寝つきが悪い □途中で起きる □早く目覚める) □食欲がでない（　　ケ月で　　㎏減）

□気分が沈む □イライラする □気持ちが高ぶる □リストカットや過量服薬がある

□自殺の考えや行動がある □くせや確認がやめられない □酒や薬物がやめられない

□体型が気になり食事に問題がある（□拒食 □過食）□空耳など感覚が変わってきた

□物忘れがある □人の視線や態度が気になる □ミスや忘れ物が多い □コミュニケーションが苦手

□その他（具体的に→　　 　　　　　 　　　　）

□診断書や書類を作成して欲しい（書類名　　　　　　　　　　　　　）

３．その症状はいつ頃からありますか？また、思い当たる原因があれば詳しく記入して下さい。

症状の始まり　　　年　　 月頃から または　　 歳頃から

原因 □ない □ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

４．現在通院中の医療機関、飲まれている薬はありますか？（薬手帳をお持ちの方は薬の記入不要です）

医療機関（　　　　　　　　　　 ）薬の名前（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

医療機関（　　　　　　　　　　 ）薬の名前（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

医療機関（　　　　　　　　　　 ）薬の名前（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５．これまでにかかった病気・アレルギーはありますか？（当てはまる全てに☑、内服中に■）

□糖尿病 □高血圧 □心臓疾患（　　　　　　　　 ）□甲状腺疾患、リウマチなど膠原病

□緑内障 □脳に関する病気（ 　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

□入院・手術をした病気やけが（　 歳　　　　　　　　 歳　　　　　　　　　 歳　　　　　　 ）

薬や食べ物のアレルギー □なし □あり（薬名・食べ物など：　　　　　　　　　　　　　　　　）

精神科・心療内科の通院歴 □なし □あり（　　 歳頃から、医療機関　　　　　　　　　　　　 ）

精神科・心療内科の入院歴 □なし □あり（　　 回、医療機関　　　　　　　　　　　　　　　 ）

６．女性の方にお伺いします。

現在、妊娠されていますか？ □いいえ □はい　　現在、授乳していますか？□いいえ □はい

月経はありますか？□いいえ □はい 　　 症状と月経に関連はありますか？ □いいえ □はい

７．タバコ、アルコール、薬物などについてお伺います。

アルコール □ほとんど飲まない □週3日以下 □ほぼ毎日飲む（種類：　　　　　量：１日　　 ㎖）

タバコ □吸わない □吸う □吸っていた（吸ったことがある場合、 　歳～　　歳、１日 　本くらい）

覚せい剤、脱法ドラッグ、大麻、シンナーなどの使用歴 □ない □ある（薬物名：　　　　　　　　　　 ）

８．ご自身の性格に近いもの全てに☑をつけてください。また、趣味などがあれば教えてください。

□内向的 □社交的 □神経質 □いい加減 □短気 □怒りっぽい □気が長い □頼りにされる □真面目

□責任感が強い □頑張りすぎる □他人に気を使いすぎる □人からの評価が気になる □飽きっぽい

※趣味や好きなこと （ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

９．ご家族についてお伺いします。

①ご両親 [実父]（　　 ）歳 [実母]（　　 ）歳　　　ご両親の離婚歴 □ない □ある

亡くなられている場合（　 　　　　　　　　　　　　 ）＜例：父、75歳、大腸がん＞

②兄弟姉妹 □なし □あり（　　 人中 　　番目 　　　）＜例：3人中2番目次男＞

③ご自身の結婚 □未婚 □結婚（　　 ）歳 □離婚（ 　　）歳 □再婚（　　 ）歳

④子供 □なし □あり（　　　　　　　　　　　　 ）＜例：男 8 歳、女 5 歳＞

⑤現在同居している方 □なし □あり（ 　　　　　　　　　　　）＜例：義父、妻、長男＞

１０．ご家族、親戚の中で心療内科・精神科にかかられた方はいらっしゃいますか？

□いない □いる（ご関係：　　　　　　　 病名・状態など：　　　　　　　　　　　　　　　 ）

１１．ご自身の出生地・教育歴・職業歴についてお伺いします。

①出生地 （　　　　　　 　都道府県　　　　　　　市町村）□外国（　　　　　 　　 　　　）

②現在の勤務先（会社名、職種）と最終学歴（学生の方はこちらのみで結構です）

勤務先（会社名　　　　　　　　　　　 職種　　　　　　　　　　 勤続　　　年目）

最終学歴（学校名 　　　　　　　　　　　　⇒□中退 □在学中 □卒業）

③これまでの職業歴 ＜例：○○会社に約△年＞

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※現在休職中の方：（　　 ）年（ 　　）月より休職中

１２．今回のことで入院を希望されていますか？ □いいえ □はい

以上です。ご記入いただきありがとうございました。処置室の外来看護師にお渡しください。

なお、この問診票は診療目的のみに使用します。また、ご本人の同意なく第三者に開示しません。