

問診票

当院へご来院頂きありがとうございます。問診票を基に診断・治療を行っていきますので、ご記入にご協力の程、よろしくお願い致します。

本人氏名： _____

記載者 本人 ご家族（本人との関係： _____ 例：父・母・長男・長女など）
その他（ _____ 例：施設職員）

◆ 今回の受診はどなたの希望によるものですか？

ご自分から 家族のすすめ その他（ _____ ）

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・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆ 医療情報取得加算 1 3点（保険証を利用した場合）

加算 2 1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察情報取得（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

1. 今回、来院された目的、困っていることについて下記の中から☑して下さい。該当項目がない場合、その他に記入をお願いします。

- 気分が沈む 不安 緊張 悲しい 意欲低下 イライラする
胸がドキドキする（動悸） 音に敏感 食欲低下 食欲過多 他人の視線が気になる
考えがまとまらない もの忘れ お酒がやめられない
眠れない（寝つきが悪い 途中で起きる 眠りが浅い 早く目が覚める）
ミスや不注意がある リストカット 過量服薬 自殺の考えや行動がある
検査をしてほしい 診断書や書類を作成してほしい（書類名： _____）
その他（具体的に→ _____）

2. その症状はいつ頃からありますか？ きっかけとなる出来事があればご記入下さい。

3. 今までに心療内科・精神科を受診したことはありますか？

いいえ はい（病院名： _____）

4. ご家族に心療内科・精神科に通院している方（していた方）はいらっしゃいますか？

いない いる（ご関係： _____ 病名・状態など： _____）

5. 入院は希望されていますか？ いいえ はい

※裏面にもご記入下さい

6. 現在、治療中の病気はありますか？

いいえ はい (病名: _____ 医療機関: _____)

7. 今までに緑内障の診断を受けたことはありますか？ いいえ はい

8. 今までに大きな病気や (大) 怪我をしたことはありますか？

病名: _____ 歳 _____ 病院 _____ 病名: _____ 歳 _____ 病院 _____
病名: _____ 歳 _____ 病院 _____ 病名: _____ 歳 _____ 病院 _____

9. お薬手帳はお持ちですか？ ある なし

10. 現在、飲んでいる処方薬や市販薬、健康食品 (サプリメント) はありますか？

薬・サプリメントの名前: _____

11. アレルギーはありますか？

いいえ はい (食べ物・薬品など、なるべく具体的に: _____)

12. 飲酒や喫煙について教えてください。

飲酒: 飲まない 週に _____ 回 毎日⇒量 (ビール 1 缶など): _____
喫煙: 吸わない 吸う (_____ 本/日)

13. 【女性の方へ】 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？ または、授乳中ですか？

いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

14. 生活についてお聞きします。

- ・ 出身地: (_____ 都道府県 _____ 市町村) 外国 (_____)
- ・ 最終学歴: 中学 高校 専門学校/短大 大学/大学院
- ・ 最終学校名: (_____) → 中退 在学中 卒業
- ・ 現在の勤め先: (会社名: _____ 職種: _____ 勤続: _____ 年目)
- ・ これまでの職歴: _____
※現在、休職中の方: _____ 年 _____ 月より休職中
- ・ 自分の性格 (例: 真面目・明るいなど): _____
- ・ 趣味や好きなこと: _____

15. ご家族についてうかがいます。例 (T・S・H) 30 年生

父: (T・S・H) _____ 年生 母: (T・S・H) _____ 年生
兄弟・姉妹: いない いる: 本人は _____ 人兄弟の _____ 番目 _____ <例: 3 人兄弟の 2 番目次男>
兄弟: 男・女 (S・H・R) _____ 年生 男・女 (S・H・R) _____ 年生 男・女 (S・H・R) _____ 年生
配偶者: なし あり (T・S・H) _____ 年生 結婚: _____ 歳 離婚: _____ 歳 再婚: _____ 歳
子: いない いる (男・女 (S・H・R) _____ 年生) (男・女 (S・H・R) _____ 年生)
(男・女 (S・H・R) _____ 年生) (男・女 (S・H・R) _____ 年生)

以上です。ご記入いただきありがとうございました。なお、この問診票は診察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。