

# 初診問診票

記入日 / 令和 年 月 日

当てはまるものの  へ チェックをお入れください。

問診票は状況をしっかり把握させていただくため、一般的な問診票より質問が多くなっています。

尚、空欄の場合、スタッフがお話を伺い記入させて頂くこともございます。

ご不明な点等ございましたら、お気軽に事務職員にお声かけください。

※ご記入いただいた個人情報は厳重に管理し診療に関する範囲を超えて利用することはありません。

ご記入者をチェックしてください  ご本人  父  母  子  その他 ( )

ふりがな 受診者 氏名		生年 月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生 ( 歳)
ご住所			
電話 番号	携帯	自宅 その他	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )
付添者 氏名	(続柄 )		付添者 連絡先

## 1 当院をどちらでお知りになりましたか？ (複数チェック可)

- インターネット  ホームページ  チラシ  看板を見て  知人の紹介  医師の紹介  
 その他 ( )

## 2 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 )

## 3 来院の理由をお聞かせください。(お悩みの症状やご相談されたいことをご記入ください)

症状の内容：

発症時期： ( )

経過： ( )

4 以下のことについてお答えください。

- 睡眠について      とれている      とれていない      眠りすぎてしまう
- 食欲について      ある      ない
- 便通について      問題ない      下痢      便秘      便秘や下痢を繰り返す
- 不安について      なし      時々ある      しばしばあり生活に支障がある
- ゆううつな気分      なし      時々ある      しばしばあり生活に支障がある
- イライラする      なし      時々ある      しばしばあり生活に支障がある
- その他、気になる症状があればお書きください

5 これまで精神科や心療内科に受診されたことはありますか？      なし      ある

精神科・心療内科の病院名	治療期間	外来・入院
	年 月から 年 月	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
	年 月から 年 月	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
	年 月から 年 月	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
	年 月から 年 月	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院

6 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 )

7 これまでにかかれた病気があればチェックしてください。

- 糖尿病      なし      ある (病名 )
- 緑内障      なし      ある (病名 )
- 高血圧      なし      ある (病名 )
- 心臓疾患      なし      ある (病名 )
- 肝臓疾患      なし      ある (病名 )
- 入院・手術など大きな病気
- なし      ある (病名 )
- (時期 )
- (医療機関名 )
- (治療内容など )

### 8 現在治療中の病気はありますか？

なし ある ※以下に病名、病院名等をご記入ください。

病名	
受診日	
病院名	
治療内容	

病名	
受診日	
病院名	
治療内容	

現在、服用されているお薬があればご記入下さい。

はい いいえ お薬手帳を提出します

薬剤名 ( ) 用量 ( ) 投薬期間 ( )

薬剤名 ( ) 用量 ( ) 投薬期間 ( )

薬剤名 ( ) 用量 ( ) 投薬期間 ( )

※マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内のお薬のみお書き下さい。

### 9 この1年間で「特定健診」または「高齢者健診」を受診しましたか？

受診時期 ( ) 指摘事項 ( )

※マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です。

### 10 薬や食べ物が原因でアレルギーを起こしたことはありますか？

なし ある 何のアレルギーですか？ ( )  
どんな症状ですか？ ( )

### 11 飲酒やタバコについてお伺いたします。

飲酒について ほとんど飲まない 機会があれば飲む  
ほぼ毎日飲む (1日あたり / ) を ml位 )

喫煙について 吸わない 吸う (1日あたり / ) 本位 )

シンナー、覚せい剤、大麻、LSD、MDMAなどの使用歴について

なし ある

## 12 育った地域、教育歴、職業歴についてお伺いします。

主にどちらで育ちましたか？（ ）

最終学歴  中学校  高校  専門学校  大学  大学院

⇒（ 在学中 ・ 卒業 ・ 中退 ）

学校の成績 小学校（ 上 ・ 中 ・ 下 ）

中学校（ 上 ・ 中 ・ 下 ）

高校（ 上 ・ 中 ・ 下 ）

お仕事 職業（ ） 仕事内容（ ） 勤続年数 年 カ月

現在、休職中の方 年 月頃より休職中

転職の回数  なし  ある（ ）回位

## 13 ご家族についてお伺いいたします。

ご両親について 父（ 歳）  健在  死亡（例：脳梗塞）

母（ 歳）  健在  死亡（例：交通事故）

ご兄弟について  なし  あり（ 人中 番目）

ご自身の結婚について  未婚  婚姻歴あり（ 歳）時結婚

離別・死別・再婚のご経験のある方は、下記にお書きください。

例：24歳結婚→25歳離婚→36歳再婚

（ ）

子供について  なし  あり（ ）人

同居の方  なし  あり（ ）人 / どなたと？（ ）

精神科、心療内科に受診したことのあるご家族、ご親族はいらっしゃいますか？

いない  いる / どなたですか？（ ）

## 14 女性の方のみにお伺いいたします。

月経について  順調  ない  不順 / いつ頃から？（ ）

妊娠の可能性  ない  可能性がある  妊娠している（ ヶ月）

授乳について  ない  あり

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。

◆医療情報取得加算（初診時）

加算1：3点 加算2：1点（マイナ保険証を利用した場合）

ご記入いただき誠にありがとうございました。