

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 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

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  
□実際には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。