

初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

問診票（初診）

ID : _____（※当院で記入しますので、空欄のままをお願い致します。）

フリガナ: _____

氏名 : _____ 年齢 : _____ 歳

生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 身長 : _____ cm 体重 : _____ kg

（※処方する薬の量が年齢、身長、体重などで変わってくるため、ご記入ください。）

住所 : 〒 _____ - _____ - _____

電話番号① : _____ - _____ - _____ 電話番号② : _____ - _____ - _____

- マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ → はい / いいえ
- 他の医療機関からの紹介状をお持ちでしょうか？ → はい / いいえ
- 最近の睡眠はいかがでしょう？ → 良い / 悪い
- どのような症状でお困りでしょうか？ 当てはまる症状があれば、○で囲んでください。

気分が沈んでいる / 意欲が出ない / 何をやっても楽しくない / 気持ちが不安定

寝つきが悪い / 不安が強い / 食欲が落ちている / 体重が落ちている / 胸がドキドキしてパニックになってしまう / 人前で緊張して真っ赤になってしまい、うまく話せない

緊急連絡先 : _____ - _____ - _____ 氏名 : _____ 関係性（父・母など） : _____

※1枚目のご記入が終わりましたら、まずは1枚目のみ受付へご提出下さい。

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時）

- 具体的に、現在お困りの症状についてご記入ください。

[]

- その症状は、いつ頃から出ていますか？ → _____年____月____日頃から

- 直近の日常生活環境の変化など、何か思いあたることがあればご記入ください。

[]

- 今までに、心療内科・精神科へかかれたことがございますか？ → ある / ない

前の質問で「ある」に ○ をつけた方への質問になります。

以前かかれた病院名をご記入ください。 → (_____)

いつごろ、どのような症状で通院し、当時は何かお薬を飲んでおられましたか？

いつ → _____年____月頃から、_____年____月頃まで

当時の症状

[]

使用していたお薬 → (_____)

- 血のつながったご家族で、こころのご病気にかかれた事がある方や、自死した方がいる場合はご記入ください。例 母がうつ病 姉がパニック障害 父が自死 など

[]

- 今までに大きなご病気やお怪我をしたことがあればご記入ください。

例：肺炎で入院 / 胆のう炎で手術 / 交通事故で入院など

[]

- この1年間で健康診断を受診されていますか？ → はい / いいえ

- 糖尿病はございますか？ → ある / ない

- 検診で不整脈があると言われたことはございますか？ → ある / ない

- 緑内障はございますか？ → ある / ない

「ある」の場合、緑内障の手術は受けられましたか？ → 受けた / 受けていない

- 前立腺肥大症はございますか？（男性のみお答えください。） → ある / ない

- その他、現在治療中のご病気や、使用中のお薬があればご記入ください。

[]

- お薬・食べ物でアレルギーがあればご記入ください。→ ()

- お酒はどのくらい飲めますか？ → 飲まない / たまに飲む / 毎日飲む

- おタバコはどのくらい吸われますか？ → 吸わない / 1日 _____ 本くらい

- 覚せい剤など違法薬物を使用したことはございますか？ → ある / ない

- 女性の方への質問になります。

現在妊娠又は授乳中でしょうか？ → いいえ / 妊娠中 / 授乳中

以下の質問は、公的なさまざまな書類（紹介状、自立支援医療申し込み書など）を作成する際、必要となるための質問になります。自立支援医療制度とは、精神科の通院医療費が原則 1 割負担に減額される社会制度です。ご利用には申請が必要になります。これらの診断書には、これまでの生活状況の記入欄があり、そこで必要な情報となります。

● 現在の生活状況について

ひとり暮らし → はい / いいえ → 同居の家族（_____）

結婚 → している（結婚した年齢____歳） / していない / 離婚

子供 → いる / いない

● 出身はどちらになりますか？ _____ 県

● 何人兄弟（姉妹）の何番目になりますか？ _____ 人兄弟（姉妹）の _____ 番目

● 検診などで、言葉の遅れなど異常を指摘されたことはありますか？ → ある / ない

「ある」の場合、どのような指摘でしたか？

[_____]

● 最終学歴について、☒をご記入ください。

☐中学 ☐高校 ☐専門学校 ☐短大 ☐大学 ☐大学院 → ☐在学中 ☐卒業 ☐中退

● 職歴についてご記入ください。

[_____]

睡眠で「悪い」に ○ をつけた方への追加の質問になります。

- 寝ようと思って、電気を消して布団に入るのは何時頃でしょうか？ → _____ 時頃
- 寝付くまでにどのくらいお時間がかかりますか？ → 30 分以内 / 1 時間以内 / それ以上
- 寝てから何回くらい途中で目が覚めますか？ → 0 回 / 1～2 回 / 3 回以上
- 途中で目が覚めてから、30 分以内にもう 1 度寝られますか？ → はい / いいえ
- 朝は何時頃起きますか？ → _____ 時頃
- 眠たくて、日中の活動に支障が出ていますか？ → はい / いいえ
- お昼寝はしますか？ → しない / 30 分程度 / 1 時間以上
- コーヒー、エナジードリンク、コーラー、緑茶、紅茶など、カフェインを含む飲み物は 1 日何杯くらい飲まれますか？ また最後の 1 杯は何時頃お飲みになられますか？
→ 飲まない / _____ 杯くらい 最後の 1 杯：_____ 時頃
- 入浴時間は何時頃でしょうか？ _____ 時頃
- 入浴温度は熱め、ぬるめのどちらでしょうか？ → 熱め / ぬるめ
- いびきがひどいと言われることはございますか？ → ある / ない
- 寝る直前はどのような事をして過ごしておられますか？

例：読書 スマホでゲーム ストレッチ ネットサーフィン

以下は、クリニック使用欄のため、空欄のままご提出お願い致します。

会計時チェック項目：レ点 (☑) 記入

保険証：

☐ 保険者番号 ☐ 本人 / 家族 ☐ 記号 ☐ 番号 ☐ 枝番 ☐ 有効期間

患者様情報

☐ 漢字氏名 ☐ カナ氏名 ☐ 性別 ☐ 生年月日 ☐ 住所 ☐ 電話番号

会計担当