

問 診 票

診察前にご記入ください

フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・西暦
名 前				年 月 日生 歳
住所	〒			
TEL		携帯		
その他連絡先	電話番号	お名前		続柄
その他連絡先	電話番号	お名前		続柄

身長: _____ cm 体重: _____ kg 血液型: _____ 型 Rh(_____)

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(～R6.5.31)

初診	マイナンバーカードを 利用しない	4点
	" 利用する	2点
再診	マイナンバーカードを 利用しない	-
	" 利用する	-

医療情報取得加算(R6.6.1～)

初診 (月1回)	マイナンバーカードを 利用しない	3点
	" 利用する	1点
再診 (3月に1回)	マイナンバーカードを 利用しない	2点
	" 利用する	1点

1. どのようなことでお困りですか？(できるだけ詳しく お願いします)

2. それはいつ頃からですか？

3. 最近2週間の状態についてうかがいます。該当する項目があれば()に○をつけてください。
症状がとて強い場合には◎をつけてください

- () 気分が落ち込んでいる
- () 睡眠について悩んでいる
 - () 寝つけない () 途中で何度も目が覚める () 朝早く目が覚めてしまう
- () 今まで楽しんでいたことが楽しめない () 自信がない、自分を責めてしまう
- () だるくて、体が疲れやすい () 集中力が落ちて、ミスが多い
- () 食事がとりにくい () 体重が減った(_____ ヶ月で _____ kg程度)
- () 何もかも、おっくうな感じがする () イライラして、じっとしてられない
- () 死んでしまった方が楽なのではないかと考える
- () 急に不安になる、胸がドキドキする () 細かいことを、何度も確認する
- () 嫌な記憶を、急に思い出してしまう
- () 人前に出るのが不安である () 他人の視線が気になる
- () 小さな物音が耳につく () 頭の中にいろいろな考えが浮かんで混乱する

【裏面もあります】

4. 今までに精神科・心療内科にかかったことがありますか？ はい・いいえ

『はい』の方は医療機関名と時期もお書き下さい。

病院名	年 月 ~	年 月
病院名	年 月 ~	年 月

5. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？ はい・いいえ

『はい』の方は病名・医療機関名と時期もお書き下さい。

病名	病院名	時期
病名	病院名	時期

次の病気のうち、かかったことのある病気があれば、をつけて下さい。

緑内障 ぜんそく 重症筋無力症 前立腺肥大症 糖尿病 心臓病 高血圧

6. 現在、内服しているお薬やサプリメント等があればご記入ください。

7. 薬や食べ物でじんましんがでたり、体調が悪くなったりしたことがあれば記入してください

食べ物	薬
-----	---

8. あなたの出身地・家族構成について教えてください

出身地(都道府県 市区町村)兄弟は ()人で()番目

現在、結婚している している(回目) していない

子どもはいますか？ いる(人) いない

9. 最終学歴 学校名: 在学 中退 卒業

10. 現在の職業: 職歴:

11. お酒は飲みますか？ いいえ はい(毎日 時々 まれに)
飲む方は、何を1回にどのくらい飲みますか？()

12. その他、伝えておきたいこと、困っていること、質問したいことなどがあれば記入してください

13. 当院を何でお知りになりましたか？

知人()の紹介 医師()の紹介 HP その他()