問 診 票

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つ努めています。
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（初診時）加算14点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

フリガナ 患者名			生 年 月 日 （ 歳）	マイナ保険証による 診療情報取得に ・同意する ・同意しない
連絡先	住 所	〒		
	電話番号	携帯:		紹介状 : 有 ・ 無

●今つらい事 ・ 困っている事はどんなことですか？

●それは いつ頃からですか？

●思い当たるきっかけは ありますか？

●今までに精神科・心療内科に通院されたことはありますか？

いいえ ・ はい いつ頃（ 外来 ・ 入院

現在通院中の医療機関があれば（ 診断名（ ）

●精神科・心療内科以外で今までにかかった病気 （治療中も含む）

●現在常用している薬はありますか？

なし ・ あり → お薬手帳あり ・ なし（薬品名 ）

●食べ物や薬にアレルギー反応や副作用が出たことはありますか？

ない ・ あり 具体的に （ ）

・酒は飲みますか 飲まない 飲む（週に 日、 を 本 ・ 合 くらい）

・たばこは吸いますか 吸わない 吸う （1日 本くらい）

・最終学歴は

・現在のご職業は 転職歴（ 回）

・出身地は

・趣味は

・ご自身をどのような性格だと思いますか。

・現在妊娠中又は授乳中ですか（女性のみ） はい いいえ

●ご家族について

（ ）父 : 才 ／ 健在 ・ 他界 ・ 精神科受診歴 なし ・ あり（疾患名: ）

（ ）母 : 才 ／ 健在 ・ 他界 ・ 精神科受診歴 なし ・ あり（疾患名: ）

（ ）兄 : 才 ／ 健在 ・ 他界 ・ 精神科受診歴 なし ・ あり（疾患名: ）

（ ）姉 : 才 ／ 健在 ・ 他界 ・ 精神科受診歴 なし ・ あり（疾患名: ）

（ ）弟 : 才 ／ 健在 ・ 他界 ・ 精神科受診歴 なし ・ あり（疾患名: ）

（ ）妹 : 才 ／ 健在 ・ 他界 ・ 精神科受診歴 なし ・ あり（疾患名: ）

（ ）配偶者: 才 ／ 健在 ・ 他界 ・ 精神科受診歴 なし ・ あり（疾患名: ）

（ ）子供 : 人 → 才、 才、 才

◎ 同居しているご家族には（ ）〇を付けてください。
◎ ご家族以外のご親族に精神科の受診歴がある方がいらっしゃれば、ご記入ください。