

初めて受診される患者様へ

分かる範囲で以下の項目にご記入をお願い致します（なお、全て患者様ご本人についての質問です）

フリガナ	代筆の場合	
お名前	お名前	続柄

1. 今日はどのようなことで来院されましたか？

2. 以下で、あてはまるものにチェックをしてください。

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 急に力が抜けたり | <input type="checkbox"/> しゃべりすぎる | <input type="checkbox"/> ぼんやりしている |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 眠くなったりする | <input type="checkbox"/> 元気が良すぎる | <input type="checkbox"/> 周囲が何となく |
| <input type="checkbox"/> 動悸 | <input type="checkbox"/> 元気がない | <input type="checkbox"/> いない人の声が聞こえる | <input type="checkbox"/> 変わったように感じる |
| <input type="checkbox"/> 手足が震える | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> ひとり言をいう | <input type="checkbox"/> 職場や学校に行きたくない |
| <input type="checkbox"/> 手足がしびれる | <input type="checkbox"/> やる気がでない | <input type="checkbox"/> ひとり笑いがある | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 物忘れがある | <input type="checkbox"/> 気が沈む | <input type="checkbox"/> ないものが見える | |
| <input type="checkbox"/> 話がまわりくどい | <input type="checkbox"/> もの哀しい | <input type="checkbox"/> 皆に見られている | |
| <input type="checkbox"/> 涙もろい | <input type="checkbox"/> イライラする | <input type="checkbox"/> ような気がする | |
| <input type="checkbox"/> 怒りっぽい | <input type="checkbox"/> 仕事をする気がない | <input type="checkbox"/> 悪口を言われる | |
| <input type="checkbox"/> 呂律が回らない | <input type="checkbox"/> 不安 | <input type="checkbox"/> 噂されている | |
| <input type="checkbox"/> ひきつけ | <input type="checkbox"/> 性欲がない | <input type="checkbox"/> わざといじわるされる | |

3. いつ頃から具合が悪くなりましたか？： 年 月頃より
 思い当たるきっかけはありますか？： なし あり()

4. 睡眠について

- 夜は良く眠れますか？ はい いいえ
 ※「いいえ」の方は以下の項目にもチェックをお願いします（複数チェック可）
なかなか寝つけない 途中で目が覚める 朝早く目が覚める 眠りが浅い

5. 食欲について

- 食欲はありますか？ はい いいえ
 体重の変化はありますか？ はい(ここ ヶ月で kgの 減少 増量) いいえ

6. これまで、心療内科や精神科などを受診されたことはありますか？

- ない ある
- (年 月～ 年 月 医療機関名： 入院 外来)
 (年 月～ 年 月 医療機関名： 入院 外来)
 (年 月～ 年 月 医療機関名： 入院 外来)

裏面に続きます。

7. いままで治療された身体の病気、手術歴などについて
 現在治療中の病気はありますか？(□なし □あり 病名：)
 現在服用中の薬はありますか？(□なし □あり 薬剤名：)
 糖尿病(□なし □あり) 高血圧(□なし □あり) 緑内障(□なし □あり)
 心臓疾患(□なし □あり 病名：)
 肝臓疾患(□なし □あり 病名：)
8. 生育歴・教育歴・職業歴についておうかがいします。
 最終学歴(□中学校 □高校 □専門学校 □短大 □大学 □大学院) □卒業 □在学中 □中退
 現在の職業() □専業主婦夫 □無職 □求職中 □定年退職
9. ご家族についておうかがいします
 両親はご健在ですか？ □はい □いいえ()
 兄弟姉妹： □なし □あり(人中 番目)
 結婚歴： □未婚 □既婚 離婚歴： □なし □あり
 子ども： □なし □あり(人)
 血縁のご家族で心療内科・精神科を受診したことがある方はいますか？
 □なし □あり (ご関係： 病名：)
10. 女性の方へおうかがいします
 現在、妊娠中または授乳中である：□いいえ □妊娠中／ 週目 □授乳中／生後 ヶ月
 月経について： □順調 □不順 □月経痛がひどい □閉経 才頃
11. 薬品や食べ物が原因で、発疹などのアレルギーを起こしたことがありますか？
 □なし □あり (薬品名・食品名：)
12. 飲酒やたばこなどについて
 飲酒：□ほとんど飲まない □ときどき □ほぼ毎日(1日あたり を 本くらい)
 喫煙：□吸わない □吸う (1日あたり 本くらい)
 薬物等の使用歴：□なし □あり (□シンナー □覚醒剤 □大麻 □合法ドラッグ □その他)
13. マイナ保険証について(※受付時に提出された方)
 マイナ保険証による診療情報取得に同意いただきましたか？ □はい □いいえ
 ※「いいえ」の方は下記項目にもお答えください
 この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？ □はい □いいえ
 受診時期：(年 月頃 医療機関名：)
 指摘事項：(□なし □あり 指摘内容：)

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 【初診時】加算1：4点 加算2：2点(マイナ保険証を利用した場合)

ご協力ありがとうございました。 受付にお渡ししてください。