

問診票

受付番号:

記入日 年 月 日

ご記入いただいた個人情報は診察目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。
質問にはさしつかえのない範囲でお答えいただき、回答が難しい場合は空欄のままで結構です。

フリガナ			男 ・ 女	記入者	<input type="checkbox"/> 本人
お名前					<input type="checkbox"/> 本人以外 (続柄:) お名前()
年齢	歳	生年月日 (西暦)	年	月	日生

1. 今回の受診はどなたの意向によるものですか？

自分 家族 病院からの紹介 (紹介状 あり なし) その他()

2. お困りの症状について教えてください (複数回答可)

眠れない 不安 イライラする 気分が落ち込む 同じ話を繰り返す
 食欲がない 頭痛 集中力がない 死にたい気持ち 物忘れ
 性欲がない 吐き気 手足のふるえ 考えがまとまらない 元気がよすぎる
 疲れやすい 動悸 興奮・乱暴 変なものが見える 変な声が聞こえる
 以前と人柄が変わった 奇妙な行動 周りの人が怖い 職場に行けない
 その他()

3. 症状の経過について

(1) いつ頃から症状がありますか？

() 年 () 月頃から (または) 歳頃から) 徐々に 突然に

(2) 思い当たるきっかけはありますか？

ない ある 内容()

(3) 現在までの症状の経過を教えてください

4. 眠れていますか？

はい いいえ (寝つきが悪い 夜中目が覚める 眠りが浅い 早く目が覚める)

平均睡眠時間 ⇒ 約 () 時間 【 就寝: () 時頃 起床: () 時頃 】

5. 食欲はありますか？

はい いいえ ないが食事は取れている 食欲がありすぎる

【→裏面へ続きます】

6. ご自身の性格について(複数回答可)

- 明るい 社交的 おおらか 内気 まじめ 怒りっぽい こだわりが強い
敏感 神経質 人付き合いが苦手 その他()

7. 平日、休日の過ごし方を教えてください

[]

8. 現在お困りのこと、今後やりたいことについて教えてください

[]

9. これまで心療内科や精神科を受診したことがありますか？

- いいえ はい(年 月～ 年 月 医療機関:) 通院 入院
(年 月～ 年 月 医療機関:) 通院 入院
(年 月～ 年 月 医療機関:) 通院 入院

10. 現在、他の医療機関への通院はありますか？

- いいえ はい(年 月～ 医療機関:) 治療内容()
(年 月～ 医療機関:) 治療内容()
(年 月～ 医療機関:) 治療内容()

11. 現在、処方されているお薬はありますか？

- はい (お薬手帳を提出する方は記入不要です) いいえ



※マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内のお薬のみご記入ください

薬剤名	用量	投薬期間

12. これまで大きな病気にかかったことがありますか？(入院や手術を要する病気・ケガなど)

いいえ はい



病名	時期	医療機関	治療内容

13. 現在利用しているサービスはありますか？

いいえ はい ()

14. お酒・たばこ・アレルギーについて

(1)お酒 飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む (1日 を ml)

(2)たばこ 吸わない 吸う ⇒ (1日 本くらい) 最近 (増えた 減った)

(3)薬や食べ物でアレルギー反応が出たことはありますか？

いいえ はい ⇒ (品名: 症状:)

15. 女性の方のみお答えください

(1)月経の周期 (順調 不順) (2)初潮 (歳) (3)閉経 (歳)

(4)現在、妊娠中または授乳中ですか？ いいえ はい ※妊娠中の方 ⇒ (週)

16. 職業・学歴について

(1)現在の職業() 在職中 休職中 無職

(2)職業歴

期間(○歳～○歳)	職種・勤務先

(3)最終学歴() 卒業 在学中 中途退学

【→裏面へ続きます】

17. ご家族について教えてください

(1) 現在、同居中のご家族

続柄	年齢	職業・学校など

続柄	年齢	職業・学校など

(2) 上記以外のご家族(両親、兄弟姉妹、配偶者、お子さん)

続柄	年齢	職業・学校など

続柄	年齢	職業・学校など

18. 血縁の親族に精神科を受診したことがある方はいらっしゃいますか？

いいえ はい ⇒ 続柄・診断名など ()

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。
※初診時 医療情報取得加算:1点

19. マイナンバーカード(マイナ保険証)で受付を行い、診療情報取得に同意しましたか？

はい いいえ

20. この1年間で「特定健診」または「高齢者健診」を受診しましたか？

はい いいえ



※マイナ保険証で情報取得に同意された方は記入不要です

受診時期()

指摘事項()

21. その他心配なこと、ご質問などがあればお書きください

ご協力ありがとうございました