

## 問診票 (精神科)

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 (男・女) \_\_\_\_\_ 受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記入者: 本人・家族( \_\_\_\_\_ )・友人・他( \_\_\_\_\_ ) (体温 \_\_\_\_\_ °C)

1	マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか。 <input type="checkbox"/> はい <small>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まいります。</small> <input type="checkbox"/> いいえ <small>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致します。</small>
2	他の医療機関からの紹介状はありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
3	いつ頃からどのようなことでお困りですか。 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃から
4	今までに何か病気にかかったり、手術を受けたことはありませんでしたらお書きください。
5	両親、兄弟(血縁)で大きな病気を患った方がいらしたら <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
6	今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬 _____ ) 食べ物( _____ )
7	<睡眠> <input type="checkbox"/> 眠れる <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> 夜中に目が覚める <input type="checkbox"/> 朝早くに目が覚める
8	<食欲> <input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> 全くなく、体重が _____ kg減少した
9	<嗜好品> ・たばこ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 _____ 本 _____ 歳から) ・お酒、ビール等 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む ( _____ ml _____ 本)
10	ご自分の性格について当てはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 非社交的 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 完璧主義 <input type="checkbox"/> 周りに気を遣う <input type="checkbox"/> その他( _____ )
11	ご家族の構成を教えてください <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">                     父 ( _____ 歳)                 </div> <div style="text-align: center;">                     母 ( _____ 歳)                 </div> <div style="text-align: center;">                     本人                 </div> <div style="text-align: center;">                     配偶者 ( _____ 歳)                 </div> </div> <small>兄弟姉妹 ( _____ )名</small>
12	現在、内服中のお薬はありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 「はい」の方・・・「お薬手帳」を受付に提示していただければ記入を省略して構いません。 医療機関名: _____ 投薬内容: _____
13	直近1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受けましたか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 時期( _____ ) 指摘事項( _____ )
14	当院を選んだ理由を教えてください。 <input type="checkbox"/> 病院の看板を見て <input type="checkbox"/> 他医療機関・医師の紹介 <input type="checkbox"/> 当院の職員の紹介 <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
15	女性の方のみご記入ください。 ・ <input type="checkbox"/> 現在妊娠中( _____ 週) ・ <input type="checkbox"/> 授乳中 ・最終月経( _____ 年 _____ 月 _____ 日) ・既に閉経されている方は何歳頃ですか( _____ 歳)

ご協力ありがとうございました。診察時の参考にご利用させていただきます。