

※スタッフ記入欄

バイタル入力済

身長 . cm	体重 . kg	予診担当:
---------	---------	-------

問診票(初めての方へ)

問診票は診察に役立つものです。

下記の項目についてご本人または付き添いの方が記入、○をつけてご回答下さい。

- ・マイナ保険証による薬剤情報等取得に同意されましたか？ はい・いいえ
- ・他の医療機関からの紹介状を持参されていますか？ はい・いいえ

ID		同伴者	なし・あり (ご関係:)
フリガナ		生年月日	S・H・R 年 月 日 (歳) 男・女
氏名		住所	〒
携帯	- -		
自宅	- -	家族連絡先	(続柄)

※未成年・高齢の方の連絡先は必ずご家族の方の連絡先の記入をお願いいたします。

1. 一番お困りのことや治療を希望する症状、医師に聞きたいことや相談事をご記入下さい。

2. 上記1.の症状はいつ頃からですか？

年 月 日頃から

3. きっかけとなる出来事はありましたか？

ある ・ ない

あると答えた方はきっかけとなった出来事を詳しくご記入下さい。

4. 現在、お薬を使用されていれば内容を教えて下さい。(内服、吸入薬、点眼薬など市販薬含む)

5. 生まれてから今までについてあてはまるものに○をつけてください。

- ・ 生まれた時 未熟児・発達の遅れ・ひきつけ・けいれん・その他()
- ・ 学童期 チック・不登校・引きこもり・大きなケガ・その他 ()
- ・ 身体の病気 糖尿病・高血圧症・心臓病・脂質異常症・脳梗塞・がん・緑内障・その他()
- ・ 精神科の病気 うつ病・双極性障害(躁うつ病)・パニック症・統合失調症・強迫症
発達障害・自閉スペクトラム症・認知症・その他 ()

→裏面に続く

6.最終学歴について当てはまるものを○で囲んで下さい。

小学校 ・ 中学校 ・ 高校 ・ 大学 ・ 大学院 ・ 専門学校

学校名:

7.現在までの職歴(業種または会社名)と勤務年数をお聞かせ下さい。

例:製造業○年→事務職○年

8.ご家族・ご親戚で病院に受診中の方がおられれば、病名とご関係をご記入下さい。

例:母、糖尿病 叔父、うつ病

9.アレルギーはありますか? ある(種類:)・ない

10.アルコールを飲む習慣はありますか? ある・ない

あると答えた方は種類、量、頻度を教えてください。(例:ビール350ml2本/1日)

11.カフェイン飲料を飲む習慣はありますか? ある・ない

12.お煙草は吸われますか? 吸う(1日 本)・ない

13.睡眠はとれていますか? 睡眠時間(平均 時間) とれる・とれない

とれてないと答えた方はあてはまるものに○をつけて下さい。

寝つきが悪い・熟眠感がない・途中で目が覚める・夢が多い
目覚めが早い・眠気が残る・日中眠くて困る・他()

14.食欲はありますか? 問題ない・増えている・減っている

15.この6ヶ月間に体重の変化はありますか? ある(kg増 ・ kg減)・ない

16.便通はどうか? 良い・悪い

・悪いと答えた方はあてはまるものを○で囲んで下さい。

下痢気味(回/ 日) ・ 便秘気味(回/ 日) ・ 便秘と下痢を繰り返す

17.女性の方にお尋ねします。

・妊娠されていますか? はい(ヶ月)・可能性あり・いいえ

・現在、授乳中ですか? はい・いいえ

18.性格で当てはまるものすべて○で囲んで下さい。

明るい・楽天的・社交的・内向的・無口・礼儀正しい・あきやすい・頑固
短気・怒りっぽい・神経質・几帳面・負けず嫌い・派手好き・わがまま
わがまま・気難しい・あいそがない・人付き合いが少ない・他()

19.趣味はありますか? ()

20.ご家族についてお聞かせ下さい。

・父は 健在・死去 ・母は 健在・死去

・兄弟姉妹は いる・いない

・配偶者は 有・無

・子ども いる(人)・いない

・今一緒に住んでるのはどなたですか?

()

・治療にあたりあなたを一番支えてくれる人はどなたですか?

()

【家系図】

※スタッフ記入欄

※初めての方は診察までに時間がかかる場合があるため、診察の順番が変わることがあります。あらかじめご了承下さい。
またお気づきの点がございましたらスタッフまでお気軽にお申し出下さい。ご協力ありがとうございました。

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致します。

◆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)