

専門外来を初めて受診される方へ

(記載することがためられる質問については未回答のまま受付にお渡しください)

記入日 年 月 日

ご記入者:

受診される方とのご関係:

受診される方について

お名前

(歳)

身長

体重

cm

kg

(分からない方は計測いたしますので看護師にお申し出ください)

利き腕 右 ・ 左

出身地はどこですか

分娩時に異常はありましたか(帝王切開、未熟児など)

ない ・ ある ()

ひきつけはありましたか

ない ・ ある ()

最終学歴に○をつけてください

小学校 ・ 高等小学校 ・ 中学校(旧制 ・ 新制) ・ 高等学校

特別支援学級(小学校 ・ 中学校 ・ 高等学校)

専門学校 ・ 大学 ・ 短期大学 ・ 大学院 ・ そのほか

これまでどんな職業についてきたかご記載ください

職業	就労期間

女性の方のみお答えください

月経 : 順 ・ 不順 ・ 閉経後

妊娠中 ・ 授乳中 ・ 左記の該当なし

受診された方の行動について当てはまる部分に○印をつけてください

	ない	時々ある	ある		ない	時々ある	ある
ひどい物忘れがある				火の始末や火元の管理ができない			
周りのことに関心がなく、ぼんやりしている				夜間不眠あるいは昼夜逆転がある			
目的もなく動き回る				色々なものを集めたり、無断で持ってくる			
外出すると迷子になる、一人で帰れない				食べられないものを口に入れる			
外出するときは目が離せない				衛生を保持できない、不潔な行為を行う			
同じ話を何度もしする				周りが迷惑する性的な行動がある			
大きな声や大きな音を出す				実際にはないものが見えたり、聞こえたりする			
暴言や暴力がある				物を盗られたなど被害的になる			
物や衣類を壊したり破いたりする				作り話を周囲に言いまわる			
助言や介護に抵抗する				泣いたり笑ったり、感情が不安定になる			
自宅でない場所では「家に帰る」と言い落ち着かない							

本日受診された目的(複数回答可)で当てはまる項目に○印をつけてください

- ・認知症かどうか検査してほしい
- ・不眠や困っている行動に対して医療を受けたい
- ・入院や施設への入所を考えている
- ・そのほか

()

現在の生活状況についてお答えください

- ・自宅にいる(単身 ・ 同居者あり: と同居)
- ・病院に入院している(病院名:)
- ・施設に入所している(施設名:)

この一年の間に特定健診や健康診断を受けましたか

受けていない ・ 受けた

受けたとお答えいただいた方へ、いつ頃、どんな項目を検査しましたか

()

これまで精神科や心療内科を受診したことはありますか

ない ・ ある (医療機関名:)

本日受診するにあたり、他医療機関からの診療情報提供書(紹介状)はお持ちですか

ない ・ ある

ご家族に精神科や心療内科を受診したことがある方はいますか

いない ・ いる

いるとお答えいただいた方へ、ご本人とのご関係、病名が分かればご記載ください

ご関係	病名

今までに大きな病気をしたことがありますか

ない ・ ある

あるとお答えいただいた方へ、いつ頃、どんな病気ですか

現在も医療機関へ通院している方は病院名もご記載ください

病名	年齢	現在(治癒、通院中など)

現在、他医療機関で薬の処方を受けていますか

受けていない ・ 受けている

受けているとお答えいただいた方へ、処方されている薬をご記載ください

薬手帳をお持ちの方は職員にお伝えください

()

介護保険や身体障害者手帳をお持ちですか、等級が分かる方は等級もご記載ください

介護保険 なし ・ あり ()

身体障害者手帳 なし ・ あり ()

薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか

ない ・ ある

あるとお答えいただいた方は、原因となった薬や食べ物、症状をご記載ください

()

行政機関(保健所、福祉事務所など)との関わりや医療サービス(精神障害者手帳、自立支援医療、訪問看護など)を受けていますか(前述の介護保険や身体障害者手帳は除く)

受けている ・ 受けていない

受けているとお答えいただいた方へ

行政機関やサービス内容、担当者のお名前が分かればご記載ください

行政機関、サービスの内容	担当者のお名前、所属など

マイナンバーカードを保険証として利用されている方へ

マイナンバーカードには、今までに使った薬や過去の特定健診の結果等が記録されています。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。ご本人の同意により医師や薬剤師らが記録されている診療情報を閲覧することができます。正確な情報を取得・活用するため、オンライン資格確認等システム(マイナ保険証)の利用にご協力をお願いしております。マイナ保険証からの情報取得に同意いただけますか。

同意する ・ 同意しない ・マイナ保険証を利用していない

ありがとうございました。

最後になりますが、緊急連絡先として受診される方以外の連絡先を伺っております。ご記載いただけますと幸いです。

お名前	ご関係	連絡先

ご記載いただいた内容は当院での医療に係わる範囲を超えて利用することはありません。ただし他の医療機関や警察等から緊急性の高い問い合わせがあった場合、情報を提供することがありますのでご了承ください。

家族構成をご記載ください。以下に例をお示しいたしますが、記載が難しい方は診察時に伺いますので白紙でお返してください。

本人(受診される方)は男性で、三人きょうだいの二番目です。兄と妹がいます。結婚して二人の子供がいます、長女と次女です。両親は離婚しています。父方の祖父は死去しています。現在は妻と二人の子供と母と暮らしています。

各記号等について説明いたします。

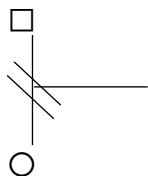
男性□ 女性○ 不明△

ご本人: □◎

死去されている方: ■●

『患者系』は受診された方の兄弟・姉妹、『子孫系』は受診された方の子供、『父母系』は受診された方の両親、『祖父母系』は受診された方の祖父母を記入してください
孫がいらっしゃる方は余白にご記入ください

離婚されている場合は下記のように二重線をお書きください



ご本人と同居されている方を線で囲ってください