

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

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

本日はどのようなことがお困りで来院されましたか

以下に当てはまるものがあれば○をつけてください、なければご自由にお書きください
眠れない ・ 食欲がない ・ 不安が強い ・ イライラする ・ やる気がおきない
仕事(学校)に行きたくない ・ 家にいるのが辛い ・ 死んでしまいたいと思う
元気が良すぎる ・ しゃべりすぎて止まらない ・ 人柄が変わった ・ 視線が怖い
物忘れがある ・ 同じことを何度も繰り返す ・ 悪口を言われている(噂話をされる)
実際にはないものが見えたり聞こえたりする ・ こだわりが強すぎる

()

お困りのことはいつ頃からですか

何かきっかけとなる出来事はありますか

お困りのことで病院やクリニックを受診したことはありますか

ない ・ ある (医療機関名:)

それ以外のこと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:)

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

()

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

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

()

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 ()

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

睡眠について

寝つきが悪い ・ 途中で目が覚める ・ 朝早く起きる ・ 寝た感じがしない
夜は十分寝ているのに昼間に強い眠気が出る ・ 昼夜逆転している

食欲について

落ちている ・ 変わらない ・ 増している
落ちている、増しているとお答えいただいた方へ
いつ頃から、体重は kg 変化しましたか： 頃から kg

便通について

頻度：()日に()回くらい
形状：水っぽい ・ 柔らかい ・ 普通 ・ 硬い ・ そのほか

性欲について

落ちている ・ 変わらない ・ 増している

女性の方のみお答えください

月経： 順 ・ 不順 ・ 閉経後 ・ そのほか()
妊娠中 ・ 授乳中 ・ 左記の該当なし

違法薬物の使用経験はありますか

ない ・ ある

あるとお答えいただいた方へ、いつ頃、どんな薬物を使用しましたか
(歳頃、)

タバコについて

吸わない ・ 吸う (1日 本、喫煙年数 年)

飲酒について

飲まない ・ 飲む

飲むとお答えいただいた方へ、
飲酒する機会をお答えください： 毎日 ・ 週に 日 ・ 月に 日
1 回にどんな種類お酒をどのくらいの量を飲まれますか
(を くらい)

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を除く)

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。

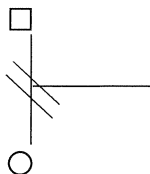
男性□ 女性○ 不明△

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