

診 察 申 込 書

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？

いいえ はい

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。

ふりがな
患者氏名 _____ (男 ・ 女)

生年月日 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

住 所 〒 _____

電 話 _____ 携帯 _____

職 業 _____

ふりがな
家族氏名 _____ 続柄 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 〒 _____

電 話 _____ 携帯 _____

スタッフ記入

受 診 日 _____ 精神 ・ メモリー _____

【事務記入欄】 受 付 日 _____

カルテ番号 _____

保 険 国保 ・ 社保 ・ 後期高齢 ・ 生保 ・ 自費

【外来記入欄】 紹 介 状 あり (_____) ・ なし

P C入力 済 入院 1北・2西・3東・3西・4西

P SW連絡 _____

【P SW記入欄】 P SW対応者 _____

当院では、初めて診察を受けられる方は、予約制を取っております。事前予約がない場合は、別の日程で診察のご案内させていただく場合もございます。ご了承ください。

初めて診察を受けられる方へ

診察の際、参考にしますのでお分かりになる範囲でお書きください。

フリガナ：

受診される方のお名前： _____ 〈 男 ・ 女 〉

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 〈 歳 〉 職業： _____

この質問用紙に記入している人のお名前： _____ 〈関係〉

連絡先： ☎ _____

【1】どのような理由で受診希望されましたか

【2】いつ頃からですか _____ 年 _____ 月頃から 〈 急に・徐々に 〉

【3】これまでに精神科や心療内科を受診したことがありますか 〈なし・あり〉
ありの方 ⇒ 病院名 _____
病名 _____
薬の内容 _____
治療期間 _____
入院回数 _____ 回
最終入院 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

【裏面へ続く】

【12】 女性の方のみお答えください

月経は正常ですか 〈はい・いいえ〉

月経前・月経中の体調不良はありますか 〈はい・いいえ〉

現在妊娠していますか 〈はい・いいえ〉 妊娠 _____ ヶ月

【13】 家族構成を教えてください。

_____ 人兄妹の _____ 番目

現在結婚されていますか はい _____ 歳頃結婚 いいえ

過去に結婚歴がありますか はい _____ 回 いいえ

1回目 _____ 歳時結婚 _____ 歳時離婚

2回目 _____ 歳時結婚 _____ 歳時離婚

3回目 _____ 歳時結婚 _____ 歳時離婚

4回以上 _____

【14】 ご親族の中で、精神科や心療内科等での治療を受けたことがある方は
いらっしゃるでしょうか

いない ・ いる 〈下記に詳細をご記入ください〉

【15】 生活の様子についてお聞きします

どこで生まれましたか _____ 県 _____ 市・区・町

どこで育ちましたか _____ 県 _____ 市・区・町

出産時に何か問題がありましたか

〈なし ・ あり〉 〈下記に詳細をご記入ください〉

【16】 成長・発達面での遅れ等、気になることがありましたか

〈なし ・ あり〉 〈下記に詳細をご記入ください〉

【17】 学歴を教えてください

〈 _____ 〉 小学校

〈 _____ 〉 中学校

〈 _____ 〉 高校

〈 _____ 〉 大学 ・ 短期大学 ・ 専門学校

最終学歴は、 _____ 年に 〈卒業／中退〉

【裏面へ続く】

【18】これまでの職歴を教えてください

..... 歳頃 ~ .....	..... 歳	..... をしていた
..... 歳頃 ~ .....	..... 歳	..... をしていた
..... 歳頃 ~ .....	..... 歳	..... をしていた
..... 歳頃 ~ .....	..... 歳	..... をしていた
..... 歳頃 ~ .....	..... 歳	..... をしていた

仕事をした経験がない

現在、仕事をしている ⇒

【19】本来はどのような性格でしたか

.....

【20】現在利用している社会資源を教えてください

介護保険

障害福祉サービス

障害年金

障害者手帳 〈 精神 ・ 療育 ・ 身体 〉 等級：.....

自立支援医療費

訪問看護

デイケア

【21】経済面での困りごとや障害福祉サービス等の利用について相談したいことがありますか

..... 〈なし ・ あり〉 〈下記に詳細をご記入ください〉

.....
.....
.....
.....
.....

※診察前には、ご記入いただいた内容を参考に相談員よりお話をきかせていただきます。

※保険証、お薬手帳〈お持ちでない方は、服用中のお薬内容が分かるもの〉をお忘れなくお持ちください。