

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】

【4】現在、病気やけがで病院にかかっていますか 〈はい・いいえ〉
はいの方 ⇒ 病院名 _____
病名 _____
薬の内容 _____
治療期間 _____

【5】これまでに大きなけがで病院にかかっていますか 〈はい・いいえ〉
はいの方 ⇒ 病院名 _____
病名 _____
薬の内容 _____
治療期間 _____

【6】お薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか
薬 〈 _____ 〉 食べ物 〈 _____ 〉

【7】今までの健康診断や検査等で、何らかの指摘を受けたことがありますか
なし ・ あり 〈下記に詳細をご記入ください〉
いつ頃 _____ どこで _____
指摘された内容 _____

【8】今までに失神を起こしたことがありますか
なし ・ あり 〈下記に詳細をご記入ください〉
いつ頃 _____
指摘された内容 _____

【9】下記のご病気に罹患したことがありましたら○をしてください
肺結核 ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ その他感染症 (_____)

【10】たばこやお酒をたしなみますか？
タバコ 〈はい・いいえ〉 1日 _____ 本／ _____ 歳から
お酒 〈はい・いいえ〉 _____ を _____ ぐらい飲む
☐ 毎日昼夜を問わず飲む ☐ 毎晩晩酌する ☐ 時々飲む(週 _____ 回)

【11】
シンナー・大麻・覚せい剤などの薬物の使用経験はありますか
なし ・ あり 〈下記に詳細をご記入ください〉
_____ を _____ 年間／ヶ月間 使用したことがある。

【次のページへ続く】

【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 ・ 子ども ☐ なし ☐ あり (_____ 名)
- ・ 現在どなたと一緒に暮らしていますか (_____)
- ・ 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
いらっしゃいますか

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

出産時に何か問題はありましたか

〈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させていただきます。

※マイナンバーカード（または資格確認証）、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。