

外 来 初 診 問 診 票

分野病院
No.1

現在の患者様の状況を理解し、診察に役立てるために、下記の問にお答えください。

フリガナ		生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令
お名前			年 月 日
身 長	cm	体 重	Kg

1 この問診票のご記入者は

☐ 本人 ☐ 家族 続柄() ☐ その他

2 今回の受診はどなたのご意向によるものですか？

☐ 自分から ☐ 家族のすすめ ☐ 知人・友人のすすめ

3 お困りの症状、状況はどのようなものですか？

4 それはいつ頃からですか？

() 年 () 月頃、 もしくは () 歳頃

5 現在ある症状について、あてはまるものにチェックしてください。

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| ☐ 眠れない | ☐ 寝てばかりいる | ☐ 意欲が出ない |
| ☐ 集中力がない | ☐ 気分が落ち込む | ☐ 死にたい |
| ☐ 自傷行為 | ☐ 人に怒鳴る、怒る | ☐ 暴力を振るう |
| ☐ 見張られている | ☐ 嫌がらせをされている | |
| ☐ 周りの人が自分の悪口を言っているのが聞こえる | ☐ 不安が強い | |
| ☐ ストレスを感じる | ☐ しつこく確認する(何度も手を洗う) | |
| ☐ 物忘れがひどい | ☐ 同じ話をくり返す | ☐ 過食・自ら吐く |
| ☐ 頭痛 | ☐ 吐き気 | ☐ めまい |
| ☐ 肩こり | ☐ 下痢 | ☐ 便秘 |

6 症状が出現したり、状況が悪化したきっかけとなるストレスや出来事があればご記入ください。

7 これまでにかかれた心療内科、精神科があれば教えてください。

()年()月～()年()月 医療機関()

()年()月～()年()月 医療機関()

()年()月～()年()月 医療機関()

8 これまでにかかれた大きな病気について教えてください。

☐糖尿病 ☐高血圧 ☐心臓病 ☐肝臓病 ☐白内障・緑内障

☐脳出血・脳梗塞・脳腫瘍・頭部打撲 ☐その他()

過去に経験した手術、入院などあればご記入ください。

9 現在、服用中の薬と処方されている医療機関名を教えてください。

医療機関() 薬の名前()

医療機関() 薬の名前()

医療機関() 薬の名前()

10 薬や食べ物によるアレルギーや副作用歴があればご記入ください。

11 家族についてお伺いします。

父親は_____歳で(健在 ・ 死去)、母親は_____歳で(健在 ・ 死去)

兄弟姉妹はご本人様を含めて_____人中、ご本人様は_____番目

配偶者は いる(年齢_____歳、職業_____) ・ いない(未婚 ・ 離別 ・ 死去)

子供は なし ・ あり (_____人)

現在の同居者は なし ・ あり (_____人、全員のご関係 _____)

血縁者で心療内科・精神科に受診歴のある方は なし ・ あり (ご関係 _____)

12 教育・職業歴についてお伺いします。

① 最終学歴は

☐中学校 ☐高校 ☐専門学校 ☐短期大学 ☐大学 ☐大学院
(中退 ・ 在学中 ・ 卒業)

② 職業歴は

(_____)歳～(_____)歳 職業(_____)
(_____)歳～(_____)歳 職業(_____)
(_____)歳～(_____)歳 職業(_____)

13 嗜好品についてお伺いします。

① アルコール

☐ほとんど飲まない ☐機会があれば飲む ☐ほぼ毎日飲む (1日_____を_____位)

② タバコ

☐吸わない

☐吸う (_____歳から、1日_____本位)

☐紙タバコ ☐加熱式タバコ (スティック ・ カプセル ・ ポッド)

③ その他

シンナー・脱法ドラッグなどの使用歴 ☐あり ☐なし

覚醒剤 ・ 大麻 ・ LSD ・ MDMA などの使用歴 ☐あり ☐なし

14 お聞きになりたいことや、診察に関するご希望などあればご記入ください。

お疲れ様でした。ご協力ありがとうございました。

初 診 申 込 用 紙

NO. 1

ふりがな		性 別
受診者名		男 ・ 女
生年月日	T / S / H / R 年 月 日 ・ 満 才	
住所・電話	〒 - TEL - -	

1. 今日はどなたと御一緒に来られましたか？

- ☐ 1 人 ☐ 家族(続柄) < > ☐ 友人
☐ その他 < >

2. あなたが本日来院された症状、目的は何でしょうか？(頭が痛い、熱があるなど)

尚、セカンドオピニオンを主としてご希望の場合はお申し出下さい。

- ・ かぜ薬をのんで蕁麻疹等が出たことがありますか。 ある ・ ない
- ・ それ以外の薬で発疹が出たことがありますか。 ある() ・ ない
- ・ 過去 3 ヶ月以内に病気や怪我で入院された事がありますか。 ある(年 月頃) ・ ない
- ・ 今かかっておられる病院・クリニックはありますか。 ある ・ ない
- ・ 自立支援医療(精神通院)の受給 あ る ・ な い
- ・ 障害者年金の受給 あ る(級) ・ ない
- ・ 精神障害者保健福祉手帳 あ る(級) ・ な い
- ・ 以前当院に受診されたことがありますか。 ある(S / H / R 年頃) ・ ない

3. 当院をどのようにお知りになりましたか。

- ☐ 知人の紹介 ☐ 広告・看板 ☐ 他病院の紹介 ☐ その他()
☐ インターネット

- ・ 当院ホームページをご覧になった事がありますか。 あ る ・ な い

マイナ保険証 ※ マイナンバーカードを保険証として利用する事について

4. マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？

(はい ・ いいえ)

5. 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

(はい ・ いいえ)

6. 現在、処方されているお薬がありますか？

(はい ・ いいえ ・ お薬手帳を提出します)

↓

薬剤名() 用量() 投薬期間()

薬剤名() 用量() 投薬期間()

薬剤名() 用量() 投薬期間()

(※マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近 1 ヶ月以内のお薬のみお書きください)

7. この 1 年間で「特定検診」または「高齢者健診」を受診しましたか？

受診時期() 指摘事項()

(※ マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です)

※ 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。

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。

個人情報取扱いについて

① あなたの治療内容・診断・治療方針などに係る問い合わせ(家族等)、又は他病院などからの照会があった場合、

問い合わせ・照会に回答することに同意 する ・ しない

※ 尚、上記事項に同意されない場合におきましては、ご本人様より申し出がない限り第三者 (ご家族の方も含む) の方への情報提供は行えません。

② 同意するに ○ をされた方のみお答え下さい

☐ 家族(続柄)_____ ☐ 職場 ☐ 学校 ☐ 保険会社などからの照会
☐ 役所 ☐ 他病院より問い合わせ ☐ その他()

に回答することに同意します。

※ 尚、説明の際は必ずご本人様が同席されますか。 する ・ しない

※ 原則、当院におきましては、家族以外の方に病状説明・照会の回答する際は書面にて対応させて頂いております。説明・回答内容につきまして、希望される方につきましては控えをお渡し致しますので、お申し出下さい。

- ③ 院内における患者様のお呼び出しについては、医療事故防止の為、原則フルネームでお呼びしております。

お呼び出しの際、フルネームでお呼びいたしますが、

☐ 問題ない ☐ 苗字なら構わない

※ お呼び出しは、受付にも掲示しておりますが、問題がある方は受付にお申し出下さい。

- ④ 当院より個人情報取扱い確認等について連絡を差し上げる場合

☐ 申し込み用紙記入の電話で問題ない ☐ 携帯電話なので問題ない

- ⑤ 当院における個人情報の利用範囲については、院内掲示しておりますのでお読み下さい。

なお、個人情報の取扱いについての質問・疑問などお気軽に窓口でお聞き下さい。

- ⑥ 患者様の個人情報の取扱いに際し、職員（医師・看護・介護・事務等）の適切な教育と管理を行っております。

- ⑦ 患者様の個人情報は、法律により必要とされる場合、患者様の許可を得た場合を除いて、他に開示・公開することは致しません。

- ⑧ その他、個人情報の取扱いについて要望などあればご記入・お尋ね下さい。

.....

.....

.....

署名 本人

年 月 日

患者様氏名 _____

代理人（病状により現時点でご本人様の同意が得られない場合・未成年者の場合）

（代理人の場合のみ）

代理人 _____ 続柄 _____

住所 _____ 電話 _____ - _____ -