



【 予 診 票 】

20 年 月 日

診察の参考にさせていただきます。患者様の現在の状態をご記入ください。
患者様ご自身と付き添いの方で、一緒にご記入していただいて結構です。

お名前 _____ 年齢 _____ 才 (男性 ・ 女性)

付き添いの方 _____ 続柄 () _____ 続柄 ()

- ◇ 紹介状はお持ちですか？ (ある ない)
- ◇ お薬手帳を希望されますか？ (希望する 持っている 希望しない)
- ◇ 食べ物や薬のアレルギーがありますか？ いいえ
はい ⇒ (内容： _____)

◇ 女性の方にお尋ねします。

現在、妊娠されていますか？ はい 出産予定日 (年 月 日)
いいえ

◇ 介護認定を受けている方にお尋ねします。

該当の介護度を○で囲んでください。

要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

利用中のサービスはありますか？ (_____)

担当のケアマネージャーさんのお名前は？ (_____)

◇ お体のこと・嗜好についてお尋ねします。

1. 体重の変化はありますか？ 変わらない
減っている (月で Kg) 増えている (月で Kg)
2. 今まで、大きな病気や怪我をしたことがありますか？ ある ない
緑内障 高血圧 喘息 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳卒中 骨折 肺の病気など

病 名	医療機関名	年 齢	経 過
			治療中 ・ 完治
			治療中 ・ 完治
			治療中 ・ 完治

◇ 糖尿病の診断はありますか？ ⇒ いいえ はい (治療内容： _____)

3. 現在、身体の病気で飲んでいるお薬がありますか？

いいえ はい ⇒ (薬の名前： _____)

お薬の内容が分かるものをお持ちですか？ はい いいえ

◇ 本日のご受診に関することを伺います。

1. これまでに、精神科・心療科などを受診されたことはありますか？

いいえ

はい ⇒ いつ頃、どこの医療機関にかかっておられましたか？

時 期	医療機関名	診断名	通院か入院か
			通院 ・ 入院
			通院 ・ 入院

現在、精神科・心療科の薬や睡眠薬を飲まれていますか？

いいえ

はい ⇒ (薬の名前：)

2. 本日、ご受診された理由をご記入ください。

(いつ頃から、どのようなことで困られているのかなど、ご記入をお願いします。)

()

◇ 現在ある症状について、当てはまるものにチェックしてください。

眠れない 眠りすぎる 気力が出ない 気持ちが落ち込む

体がだるい よく涙がでる 考えがまとまらない 不安が強い

食欲がおちた イライラする 死にたいと思ったことがある 息苦しくなる

胸がドキドキする 集中力がなくなった 自傷行為をしてしまう

気持ちが焦りやすい 元気がよすぎる 腹がたちやすい

周りの人が悪口を言っている 見張られている感じがする

人に嫌がらせをされる 周りの話し声や物音が気になる

人間関係が築きにくい 強いこだわりがある

物忘れがふえた 暴力や大声がでる 日常生活で、しづらくなったことが増えた

体調が悪い (どこが： どのように：)

その他の症状がありましたらお書きください。

()

◇ 嗜好についてお尋ねします。

1. お酒は飲まれますか？ 飲まない

飲む 量は？ (を /日)

2. タバコは吸われますか？ 吸わない

吸う 本数は？ (本/日)

3. 依存性薬物の使用経験はありますか？ ない

ある (種類：)

◇ 生育歴・家族構成・子供の頃の事などについてお尋ねします。

1. 生れ育った場所はどこですか？（ ）
2. 両親：〔父〕（ 歳）で 健在 死去 ・ 〔母〕（ 歳）で 健在 死去
3. 兄弟姉妹： ご存命の方・亡くなられた方、全てをお書きください。
なし あり：あなたは、何人中何番目ですか？（ 人中 番目）
4. 配偶者： あり（ 歳） 結婚した年齢（ 歳） 再婚（ 歳）
なし [未婚 離婚（ 歳） 死別（ 歳）]
5. 子供： なし あり（ 人：例：男 10歳 女 5歳： ）
6. 現在同居されている方 なし あり（例：両親、兄： ）
7. ご家族・ご親族の中に精神科や心療科にかかったことのある方はおられますか？
なし あり（続柄： ） （病名： ）
8. 子どもの頃からのことについて当てはまるものにチェックしてください。
落ち着きがないと言われていた 人と話すことが苦手だった
不登校になったことがある 一人で遊ぶことが多かった

◇ 学歴・職業歴などについてお尋ねします。

1. 最終学歴
中学校 高校 専門学校 大学 大学院 （ ）
⇒ 中退 在学中 卒業
2. 学校での成績はいかがでしたか？ 良かった 普通 あまりできなかった
3. 職業歴：（ 歳）～（ 歳）（職業： ）
（ 歳）～（ 歳）（職業： ）
（ 歳）～（ 歳）（職業： ）
4. 在学中や職場で、人間関係のトラブルなどで学校や職場に行けなくなったことはありますか？
ない ある（ ）

おつかれさまでした。ご記入が終わりましたら、受付までお声かけください。

※ご記入いただきました個人情報、厳重に管理し診療に関する範囲を超えて利用することはございません。ご協力、ありがとうございました。

— マイナ保険証について —

- ① 健康保険証利用申込の済んだマイナンバーカード
(以下「マイナ保険証」と称する)をお持ちですか。

はい いいえ

「はい」にチェックされたかたは②③をお答えください。

- ② 「マイナ保険証」での診療情報の提供に同意されますか。

はい いいえ

- ③ この1年間に「特定健診」又は「後期高齢者健診」を
受診されましたか。
※39歳以下は対象外です。

はい いいえ

当院では、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。

【医療情報取得加算】

マイナ保険証を利用しない場合

初診時：加算 1 3点

マイナ保険証を利用する場合

初診時：加算 2 1点