

問 診 票

記入日： 年 月 日

(フリガナ)

氏名 _____ 性別 男・女 生年月日 年 月 日 年齢 歳

住所 _____

電話番号 _____ (携帯番号)

同伴者 いない ・ いる：氏名 _____ (続柄 _____)：電話番号 _____生活場所 自宅 ・ 施設 (_____) ・ 病院 (_____)

*初診をスムーズに行うためお手数ですが、書ける範囲でご記入をお願いいたします。

他医療機関からの紹介状をお持ちですか？ いいえ ・ はい過去に心療内科・精神科を受診したことはありますか？ いいえ ・ はい
(病院名 _____：診断名 _____：受診時期 _____)

相談したいことはどのようなことですか？ (当てはまる箇所に☑してください)

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食欲がない | <input type="checkbox"/> 食べ過ぎてしまう | <input type="checkbox"/> 眠れない | <input type="checkbox"/> 頭痛がする |
| <input type="checkbox"/> 腹痛・胃痛がする | <input type="checkbox"/> 吐き気・吐いてしまう | <input type="checkbox"/> 物忘れが多い | <input type="checkbox"/> 疲れやすい |
| <input type="checkbox"/> 胸がどきどき苦しい | <input type="checkbox"/> 憂うつでたまらない | <input type="checkbox"/> 不安が強い | <input type="checkbox"/> 緊張しやすい |
| <input type="checkbox"/> 他人の視線が気になる | <input type="checkbox"/> 落ち着かない | <input type="checkbox"/> ウロウロする | <input type="checkbox"/> イライラする |
| <input type="checkbox"/> 興奮する・暴れる | <input type="checkbox"/> よく独り言を言う | <input type="checkbox"/> 自分で自分を傷つけてしまう | |
| <input type="checkbox"/> 実際にはない物が見えたり聞こえる | <input type="checkbox"/> お酒をやめられない | | |

医師に相談したいことや伝えたいことがあれば書いてください。この1年間で健診(特定健診・高齢者健診に限る)を受けられましたか？ いいえ・はい
令和 年 月頃健診を受けた ⇒健診を受けた時に、何か指摘事項がありましたか？
※指摘事項の内容を教えてください。(例：コレステロールが高いといわれたなど)
(_____)薬や食べ物にアレルギーはありますか？ いいえ ・ はい
⇒(食品：薬名 _____)女性の方にお聞きします。◇現在、妊娠している可能性はありますか？ いいえ ・ はい
◇現在、授乳中ですか？ いいえ ・ はいマイナ保険証で受付されましたか？ いいえ ・ はい
診療情報取得に同意されましたか？ いいえ ・ はい下記の証明をお持ちであれば窓口へ提示してください。

-
- 自立支援医療証明書
-
- 精神障害者保健福祉手帳
-
- 医療受給資格者証(心身障害・ひとり親・難病)

*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。



心療内科・精神科・神経内科・内科

しおかぜ病院