問診票(一般)

記入日　　年　　月　　日

フリガナ		性別	生年月日	西暦　　年　　月　　日 （　　）歳
氏名		男・女		
緊急連絡先	氏名［　　］	☎　　－　　－　　（続柄：　　）		
同伴者	氏名［　　］	☎　　－　　－　　（続柄：　　）		

○ どのようなことがお困りで受診されましたか？

いつ頃から（　　）

どんな頻度（　　）

内　容（　　）

○ 現在どのような症状がありますか？（複数チェック可）

☐ 睡眠について　（寝付けない・途中で目が覚める・朝早く目が覚める・眠りが浅い・眠りすぎる）

☐ 身体的な不調（発熱・頭痛・下痢・便秘・めまい・吐き気・動悸・息苦しさ）

☐ 倦怠感　　☐ 気分が落ち込む

☐ こわい、不安がある　　☐ 涙が出る

☐ 消えてしまいたくなる　　☐ 何もしたくない

☐ 音、声が気になる　　☐ イライラ、怒りっぽい

☐ 人に会いたくない　　☐ クヨクヨ、ネガティブ、悲観的

☐ 食欲がない・食べ過ぎる　　☐ ソワソワ、落ち着かない

☐ 憂うつ　　☐ 記憶が飛ぶ、物忘れがある

☐ その他（　　）

○ 過去に心療内科、精神科を受診された事がありますか？　☐ ある　☐ ない

医療機関名	疾患名	治療期間	治療状況
		年　月～　年　月	
		年　月～　年　月	
		年　月～　年　月	

○ 今までに入院や手術をするような大きな病気にかかった事はありますか？　☐ はい　☐ いいえ

医療機関名	疾患	時期または年齢	治療状況
		年　月	☐治療中　☐治癒　☐中断
		年　月	☐治療中　☐治癒　☐中断
		年　月	☐治療中　☐治癒　☐中断

裏面につづく

○ **現在、入院・入所されていますか？**　　☐ はい　　☐ いいえ

○ **本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？**

☐ はい　　☐ いいえ

○ **現在、他の医療機関から処方された薬を服用されていますか？**

☐ 服用している　　☐ 服用していない

医療機関〔　　〕　病　名〔　　〕

薬 剤 名〔　　〕　いつから〔　　〕

○ **お薬手帳を持参されていますか？**　　☐ あり　　☐ なし

○ **食品や薬でアレルギーがありますか？**

食物　☐ あり　☐ なし　内容〔　　〕

症状〔　　〕

薬物　☐ あり　☐ なし　内容〔　　〕

症状〔　　〕

その他〔　　〕

○ **利用中の制度はありますか？**

☐ 療育手帳（A1・A2・B1・B2）　☐ 精神障害者保健福祉手帳（　級）

☐ 自立支援医療　☐ 身体障害者手帳（　級）

☐ 特別児童扶養手当　☐ 障害児福祉手当

☐ その他（　　）

○ **1か月以内に海外渡航歴はありますか？　または、海外での入院歴はありますか？**

☐ はい　（渡航先：　　）　☐ いいえ　※入院歴　☐ あり　☐ なし

○ **マイナンバーカードの健康保険証（マイナ保険証）を持参された方にお尋ねします。**
あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得する事に同意されましたか？

☐ 同意した　☐ 同意していない

○ **直近1年間で特定健診を受けられましたか？**　☐ 受けた　☐ 受けていない

健診名〔　　〕

時　期〔　　年　　月ごろ　　〕

○ **当院をお知りになった方法を教えてください。**

☐ インターネット　☐ 知人の紹介　☐ 医療機関の紹介　☐ その他（　　）

○ **その他、お尋ねしたい事がございましたら以下にご記入ください。**

〔　　〕

質問は以上です。ありがとうございました。問診表は受付までお持ちください。