

はじめて診察を受けられる方へ

		受診日： 年 月 日	
ふりがな		性別	職業
お名前		男・女	
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)		
ご住所	〒		
電話番号	自宅：		携帯：
	※必要な場合、当クリニック名でご連絡を差し上げてもかまいませんか (はい いいえ)		
緊急時の連絡先 (本人様以外)	氏名：	続柄：	連絡先：
本日の同伴者	なし ・ あり ⇒氏名：		続柄：
記入者氏名	ご本人 その他の方 ()		

※以下の質問は差し支えない範囲でご記入ください。お答えが難しい箇所は空欄のままでもかまいません。

■マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか。 はい いいえ

1、当院をどのようにしてお知りになりましたか。

他院などからの紹介 (施設名：) 紹介状： あり なし
 ホームページ 看板 その他 ()

2、症状についておうかがいします。

・本日受診された主な症状はなんですか。
 ()

・その症状はいつ頃から続いていますか。⇒ _____

・思い当たるきっかけはありますか。
 ()

・現在ある症状はなんですか。(複数チェック可)

気分が沈み込む よく眠れない 不安が強い 人前で緊張する 食欲低下
 疲れやすい 落ち込む いらいらする 話がまとまらない 考えがまとまらない
 物忘れ 独り言がある 朝起きるのがつらくなった よく涙が出るようになった
 元気が良すぎる 周囲から嫌がらせをされている気がする
 動悸 吐き気 頭痛 めまい 下痢 死にたい気持ちになることがある

3、心療内科・精神科に受診・入院されたことはありますか。

いいえ はい ⇒いつ頃、どこの医療機関で、通院・入院を下記に記入してください。

・ 平成 令和 年 月 日ごろ 病院 外来・入院
 ・ 平成 令和 年 月 日ごろ 病院 外来・入院

5、下記にご家族の続柄・年齢・ご職業・健康状態をご記入ください（同居と同居以外の方を別々に）

（記入例：夫 56歳、公務員、糖尿病 次女 17歳、高校3年、健康）

同居	同居以外のご家族（両親・兄弟姉妹・子など）
・血縁関係にあたる方で、精神科や心療内科の病気にかかったり、自殺、飲酒問題のある方はいますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ご関係： _____ 疾患・事象： _____）	

6、生活歴をうかがいます。

・出生地（都道府県： _____ 市区町村： _____）
・最終学歴： _____ 歳、 学校名： _____ <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退 <input type="checkbox"/> 在学中
・婚姻について <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚（ _____ 歳のとき） <input type="checkbox"/> 離婚（ _____ 歳のとき） <input type="checkbox"/> 再婚（ _____ 歳のとき） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

7、現在の仕事、経済状況についてうかがいます。

・現在の仕事は何ですか（職種、部署）： _____
・その仕事はいつからしていますか。： _____
・その仕事についてどのように感じていますか。 （ _____ ）
・現在、経済的に何かお困りですか。差し支えなければ具体的に記載をお願いできますか。 （ _____ ）

8、飲酒、喫煙等についてうかがいます。

・お酒 <input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 全く飲まない <input type="checkbox"/> 機会があれば飲む 1日に（ <input type="checkbox"/> ビール <input type="checkbox"/> サワー <input type="checkbox"/> 日本酒 <input type="checkbox"/> 焼酎 <input type="checkbox"/> ウイスキー <input type="checkbox"/> ワイン <input type="checkbox"/> 他 ）を どのくらい（ _____ ）
・たばこ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた（ _____ 歳から _____ 歳まで1日 _____ 本くらい） <input type="checkbox"/> 吸う（1日 _____ 本、 _____ 歳から喫煙あり）
・シンナー、覚せい剤、大麻、LSD、MDMAなどの違法薬物の使用歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
・信仰している考えや宗教 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（種類： _____）

9、社会資源の利用状況についてうかがいます、

・自立支援医療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	（ <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育（知的） _____ 級）
・障害者手帳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	
・年金 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	（ <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 ↳ <input type="checkbox"/> 基礎 <input type="checkbox"/> 厚生 _____ 級）
・要介護認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 区分：	

当院は、診療情報の取得・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。

ご協力ありがとうございました。