

## □初診時受付表

初めての患者様はご記入をお願い致します。

令和 年 月 日

ふりがな \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日  $\begin{matrix} T \\ H \end{matrix}$ ・ $\begin{matrix} S \\ R \end{matrix}$  年 月 日 男・女

〒 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_

連絡先① ☐ 本人 \_\_\_\_\_

連絡先② ☐ 本人以外(氏名 \_\_\_\_\_)

### 【問診】

初めてのの方は、問診の記入をお願いいたします。  
なお、精神科を受診される方は別紙の問診票の記入もお願いいたします。

○ 本日受診した症状について

( \_\_\_\_\_ )

○ 現在、他の医療機関に通院していますか

はい・いいえ

( \_\_\_\_\_ 病院・診療所(クリニック) \_\_\_\_\_ )

○ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか

はい・いいえ

○ 現在、処方されているお薬はありますか

はい・いいえ

※お薬手帳をお持ちの方は医師または看護師にお渡しください

○ これまでに大きな病気にかかったことがありますか

はい・いいえ

( 病名 \_\_\_\_\_ )

○ この1年間で特定健診・高齢者健診を受けましたか

はい・いいえ

○ これまでに薬や食品等でアレルギーを起こしたことがありますか

はい・いいえ

( 薬品・食品名等 \_\_\_\_\_ )

○ 現在、妊娠中または授乳中ですか(女性の方のみ)

はい・いいえ

○ マイナ保険証(マイナンバーカード)による診療情報取得に同意しましたか

はい・いいえ

当院ではマイナンバーカード保険証によるオンライン資格確認を行っております。

(□に☑チェックをお願いします)

☐ オンライン資格確認に同意する(限度額申請等の手続きが不要になります。)

☐ オンライン資格確認に同意しない(ご自身で限度額申請等の手続きが必要となります。)

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。  
また正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。



## 問 診 票

以下の質問は診察に必要な確認事項です。お手数ですが、できる限り具体的にご記入ください。

受診された

ご本人のお名前： \_\_\_\_\_

記入者氏名： \_\_\_\_\_（続柄： \_\_\_\_\_）

### 1. 出生の状況についてご記入ください。

出生地： \_\_\_\_\_

出生発達の異常： なし / あり（ \_\_\_\_\_ 歳時検診で \_\_\_\_\_ 指摘あり）

### 2. 学歴についてご記入ください。

中学校名：（ \_\_\_\_\_ ）

高校名：（ \_\_\_\_\_ ）

最終学歴：（ \_\_\_\_\_ 卒業 / 中退 ）

### 3. 職歴についてお答えください。（学校卒業後の職歴についてご記入ください）

| 年 齢 | 職 業（仕事の内容） |
|-----|------------|
| 歳   |            |
| 歳   |            |
| 歳   |            |
| 歳   |            |
| 歳   |            |

### 4. ご家族についておたずねします。

父は、健在（ \_\_\_\_\_ 歳） / 死去    母は、健在（ \_\_\_\_\_ 歳） / 死去

兄弟姉妹    いない / いる →    人きょうだいで本人は    番目

結婚歴    なし / あり →（ \_\_\_\_\_ 回）

配偶者    いない / いる    子ども    いない / いる

今、一緒に住んでいる方は誰ですか？（ \_\_\_\_\_ ）

治療にあたり、あなたを一番支えてくれる人は誰ですか？（ \_\_\_\_\_ ）

ご家族の方で精神科受診歴のある方はいますか？    なし / あり

裏面に続きます→

5.これまでに精神科や心療内科へ受診したことがありますか？

①ない / ある → ( ) 歳の時(病院名: )  
→ ( ) 歳の時(病院名: )

6.現在の状態についてご記入ください。

① 飲酒: な し / あ る  
② 喫煙: な し / あ る  
③ 趣味: な し / あ る ( )  
④ 睡眠: 眠れる / 眠れない ( 入眠困難/中途覚醒/早朝覚醒/熟眠感欠如 )  
⑤ 食欲: な し / あ る (体重変動: あり / なし )  
⑥ 身長\_\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_\_kg 体温\_\_\_\_\_℃

7.性格について当てはまるものを選んでください。(〇はいくつでも可です)

明るい ・ 楽天的 ・ 社交的 ・ 内向的 ・ 礼儀正しい ・ 頑固 ・ 短気 ・ 怒りっぽい  
神経質 ・ 負けず嫌い ・ あきやすい ・ 派手好き ・ わがまま ・ 無口 ・ 気むずかしい  
あいそがない ・ 交際が狭い ・ 几帳面

8.受診のきっかけについて該当するものに〇をつけてください。

医療機関や施設からの紹介(施設名: ) / 知人の紹介  
インターネット(病院のホームページを見て) / 家から近い / 家族・親戚が通院中  
その他(\_\_\_\_\_)

ご記入ありがとうございました。受付に提出してください。

問診票の詳細について相談員(ソーシャルワーカー)よりお話をうかがいます。

職員記入欄

|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 日 付 |   |   |   |
| 令和  | 年 | 月 | 日 |