

心療内科・精神科・神経内科 問診票

令和 年 月 日

フリガナ 氏名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	男 ・ 女	
住所	〒	電話番号	
		携帯電話	

※以下の問診票は診療の重要な参考になりますので、分かる範囲で構いませんのでご記入ください。

※ご不明な点は、受付・看護師にお気軽にお尋ねください。

1. 今回、来院された目的、相談したい内容、一番困っていることについて（簡単に）お書き下さい。

・いつ頃からですか？

・どのような症状（内容）ですか？

2. その症状について思い当たる原因がありますか？ （ はい ・ いいえ ・ わからない ）

【内容】

3. 上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか？

（ いいえ はい →(薬品名:) 紹介状(あり ・ なし)

4. 現在、他の医療機関で治療中、または内服中、使用中のお薬はありますか？ （ はい ・ いいえ ）

※紹介状・お薬手帳をご持参の場合は問診表と一緒にご提示ください。

病名 ()

医療機関名 ()

使用薬剤名 ()

5. 今までに大きな病気をしたことがありますか？ （ はい ・ いいえ ）

病名 _____ 歳 _____ 病院 現在治療中・完治

病名 _____ 歳 _____ 病院 現在治療中・完治

病名 _____ 歳 _____ 病院 現在治療中・完治

6. アレルギーはありますか？ （ いいえ ・ はい →原因や症状)

7. 女性の方へ

・妊娠中ですか？ （ はい ・ いいえ ・ 可能性がある)

・授乳中ですか？ （ はい ・ いいえ)

8. 当院を受診されたきっかけは？

- ①ご家族が当院に通院中である ②知人の紹介 ③インターネットをみて ④勤務先が近いので
⑤他の医療機関からの紹介 ⑥自宅が近いため ⑦その他 ()

9. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか？ （ はい ・ いいえ)

10. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ （ はい ・ いいえ)

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。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)