

初診時間診票

令和 年 月 日

ふりがな

氏名： _____ 男・女 生年月日：S・H 年 月 日（ 歳）

ご住所：〒 _____

ご連絡先： _____ マイナ保険証による診療情報取得への同意：する しない

当院はどこでお知りになりましたか？

医療機関からの紹介（情報提供書：ない ある） 看板 インターネット 知人から その他

※以下の質問は診療の重要な資料になりますので、出来るだけ御記入いただきますようお願い致します。
お答えが難しい箇所は空欄のまま構いません。

1. 現在の症状について教えてください（いつ頃からどんな症状が出たか等）

[_____]

・最初に症状が出たのはいつ頃ですか？（ 年 月頃から）または（ 歳頃から）

思い当たるきっかけはありますか？ ない ある

[_____]

2. 今つらいこと・困っていることはどんなことですか？ レ点でチェックしてください（複数チェック可）。

過去に下記の症状があった事があれば○印でチェックしてください（複数チェック可）。

- 眠れない 朝起きるのがつらい 疲れやすい 体がだるい 気力がない 気分が落ち込む
- 不安感 胸がドキドキする 息苦しくなる 考えがまとまらない 集中力がなくなった
- 涙が出る イライラする 気持ちが焦る 食欲がない 死にたい気持ちになることがある
- 元気がよすぎる 何でも出来る感じがする 浪費 食欲がありすぎる
- 頭痛 肩こり めまい 吐き気 下痢または便秘がひどい
- 周りから嫌がらせを受けていると感じる 見られている、後をつけられている感じがする
- 見えない人の声が聞こえる、居ない人の声が聞こえる
- 忘れ物が多い 時間が守れない 落ち着きに欠ける
- お酒でのトラブル

3. 睡眠について

- なかなか寝付けない 途中で目が覚める 眠りが浅い 朝早く目が覚める 眠れる
- ・平均の睡眠時間はどのくらいですか？（約 ~ 時間程度）
- ・平均的な就寝・起床時間は何時頃ですか？（就寝： 時頃）（起床： 時頃）

4. 食事について

- ・食欲はありますか？ はい いいえ ムラがある
- ・体重の変化はありますか？ はい（ここ ヶ月で k g の減少・増加） いいえ

5. お薬や食べ物でアレルギーや副作用を起こしたことはありますか？

なし あり（内容： _____）

6. 元来の性格はいかがでしたか？

- 内向的 社交的 神経質 あまり細かい事は気にしない 気は長い 短気 凝り性
- あきっぽい 責任感が強い 気を使いすぎる マイペース

7. これまでに、心療内科や精神科を受診されたことはありますか？

ない ある（ある方は下記も記入してください）

・ ____年 ____月～ ____年 ____月まで 医療機関名 _____ 入院 外来

・ ____年 ____月～ ____年 ____月まで 医療機関名 _____ 入院 外来

・ ____年 ____月～ ____年 ____月まで 医療機関名 _____ 入院 外来

※現在通院中ですか？ はい いいえ

8. 治療歴について

- ・糖尿病 なし あり ・緑内障 なし あり ・高血圧 なし あり
- ・心臓疾患 なし あり（病名 _____） ・肝臓疾患 なし あり（病名 _____）
- ・手術歴 なし あり（ _____ ）
- ・現在治療中のご病気 なし あり（病名： _____）
- ・現在内服中のお薬 なし あり（薬剤名： _____）

※血縁のご家族で心療内科・精神科・神経科などを受診されたことがある方はおられますか？

なし あり（ご関係： _____ 病名： _____）

9. 生育歴・教育歴・職業について

- ・主な生育地（ _____ ）
- ・最終学歴（中学校 高校 専門学校 大学 大学院） 卒業 在学中 中退
- ・現在のご職業（例：24才から製造業） [_____ 才から _____]
- 勤務時間（ _____ 時間/日 × _____ 日/週） 残業時間（約 _____ 時間/月）
- 欠勤 なし あり

10. ご家族について

- ・ご両親は健在ですか？ はい いいえ（ _____ ）
- ・兄弟姉妹 なし あり（ご自身は： _____ 人中 _____ 番目）現在同居中の方（ _____ ）
- ・結婚歴 未婚 既婚 離婚 ・子供 なし あり（ _____ 人）

11. 飲酒・タバコなどについて

- ・お酒 ほとんど飲まない 機会があれば飲む ほぼ毎日飲む（一日 _____ を _____ 本くらい）
- ・タバコ 吸わない 吸う（一日 _____ 本）（喫煙年数 _____ 年）
- ・シンナー 覚せい剤 大麻 LSD MDMA などの使用歴 なし あり

12. （女性の方のみ） 現在、妊娠中ないし授乳中ですか？ はい（ _____ ） いいえ

13. 診療にあたってご希望などございますか？

- 診断について聞きたい 治療について聞きたい 短時間で診てもらいたい
- その他（ _____ ）

※ご記入が終わりましたら受付までお声掛けください。ご協力ありがとうございました。

当院は診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するために、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（マイナ保険証を利用せず） 加算2 2点（マイナ保険証を利用）