

赤穂仁泉病院 問診票

当院へご来院いただきありがとうございます。

お手数ですが、書けるところまでご回答くださいますようお願いいたします。

※診療以外の目的で使用することはございません。お答えが難しい質問等は空欄でかまいません。

ご記入日: 令和 年 月 日

問診票記入者: ☐ 本人 ☐ その他記入者（氏名: _____ 続柄: _____）

受診目的(複数可): ☐ 診察 ☐ 診断 ☐ 相談 ☐ 検査 ☐ 入院 ☐ 書類 ☐ その他()

受 診 者	ふりがな			性別		年齢	歳
	氏 名			生年月日	T・S・H	年	月 日
	住 所	〒 - 県・府					
	連絡先	電話番号（病院からの連絡が可能）TEL① - - TEL② - - 電話が受けやすい希望時間帯等 AM PM その他（ ）					
マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ ☐ 同意する ☐ 同意しない							

※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・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

A 当院をどこで知りましたか？ ☐ 友人・家族 ☐ 他院 ☐ ホームページ ☐ その他（ ）

紹介状はお持ちですか？ ☐ はい ☐ いいえ

今回の受診は、どなたの意向ですか？ ☐ 自分の意志 ☐ （ ）のすすめ

どのようなことを相談に来られましたか？（今一番つらいこと 困っていること 症状など）

それはいつ頃からですか？ H・R 年 月頃 きっかけ ☐ 無 ☐ 有（ ）

そのことで受診したことはありますか？ ☐ 無 ☐ 有（医療機関名： ） ☐ 入院 ☐ 外来

B	今のご自身の状態をお聞きます。あてはまるものを記入・選択してください。											
身長		cm	体重		kg	睡眠	(^{AM} _{PM}	:	~ ^{AM} _{PM}	:	) 約	時間
便 通	☐	普通	☐	よく便秘になる		☐	よく下痢になる		☐	下痢と便秘を繰り返す		
女性の方	月 経		☐	規則的		☐	不規則		☐	閉経 (年頃)		
	妊娠の可能性		☐	無		☐	有 (妊娠 週目)		☐	その他 ()		
アルコール	☐	飲まない		☐	飲む		(種類:		量:		)	
タバコ	☐	吸わない		☐	吸う		(一日に		本程度を 約		年)	
☐ 不眠 ☐ 寝つきが悪い ☐ 途中よく目が覚める ☐ 早く起きてしまう ☐ 熟眠感がない ☐ 不安 ☐ ゆううつ ☐ 気分が落ち込む ☐ やる気が出ない ☐ イライラ ☐ 興奮する ☐ 怒りっぽい ☐ 気分に波がある ☐ 不注意なミスが多い ☐ 集中できない ☐ パニックになる ☐ 身の回りのことができない ☐ 生きているのがいや ☐ 自分を傷付けてしまう ☐ 人前で緊張 ☐ 人間関係が上手くいかない (☐ 家族 ☐ 職場 ☐ 学校 ☐ その他) ☐ 人に見られている感じがする ☐ 考えがまとまらない ☐ 意識を失う ☐ 物忘れ ☐ 無断で出歩く ☐ 疲れやすい ☐ 肩こり ☐ 過食 ☐ 食思不振 ☐ 吐き気 ☐ 嘔吐 ☐ 頭痛 ☐ 腹痛 ☐ その他の体の不調												

裏面にもご記入ください

C 今までに精神科（心療内科・神経内科・脳神経外科）に受診や入院をされたことはありますか？ ☐ 有 ☐ 無
 これまでに入院や手術を要する大きな病気にかかり、受診や入院をされたことはありますか？ ☐ 有 ☐ 無
☒ 有の方は以下にわかる範囲でご記入ください。

医療機関名	病名	治療期間	入院・外来
		年 月 ～ 年 月	☐ 入院 ☐ 外来
		年 月 ～ 年 月	☐ 入院 ☐ 外来
身体疾患 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 完治	病名	かかりつけ医	

D 現在、継続的に内服している薬はありますか？ ☐ 有 ☐ 無
☒ 有の方、お薬手帳もしくは薬剤情報提供書の持参はありますか？ ☐ 有 ☐ 無

※お薬手帳等をご持参された方は、診察の際、医師へのご提示をお願いします。

お薬手帳等の持参が無い方、主な薬の名前や1日の量などをわかる範囲でご記入ください。

① ② ③
 ④ ⑤ ⑥

E これまでに食べ物・薬剤等でアレルギー症状や、アレルギーを起こしたことがありますか？ ☐ 無

☐ 有	原因となった薬剤・食べ物	症状
----------------------------	--------------	----

F これまでの生活状況について教えてください。

最終学歴	☐ 中学校	☐ 高校	☐ 大学・専門学校等		
	☐ 卒業	☐ 中退	☐ 在学中	☐ 休学中	不登校の期間 ☐ 無 ☐ 有 () 年間
現在の主な役割	☐ 家事	☐ 学業	☐ 仕事	(内容： 役職など：)	

G 同居の有無、また同居の家族について教えてください。 ☐ 無（独居）

☐ 有	☐ 家族： ☐ 父 ☐ 母 ☐ 兄 ☐ 姉 ☐ 弟 ☐ 妹 ☐ 祖父母 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 孫 ☐ その他：
----------------------------	---

H 利用されている制度についてお聞きます。あてはまるものを全て記入・選択してください。 ☐ 無

自立支援医療制度	☐ 申請中 ☐ 有	精神障害者保健福祉手帳	☐ 申請中 ☐ 有 () 級
その他の障害者手帳	☐ 申請中 ☐ 有	☐ 身体 () 級 ☐ 療育 () 級	
要介護認定	☐ 申請中 ☐ 有	介護区分：要支援 () 要介護 ()	
在宅サービス等	☐ 訪問診療・往診 ☐ 訪問看護 ☐ ヘルパー ☐ ショートステイ ☐ デイサービス		
施設	☐ 入所 ☐ 通所	(利用先事業所名： 担当支援員：)	
その他			

I その他、医師や治療へのご要望があれば簡潔に記入してください。 ☐ 無

--

質問は以上になります。お答えいただきありがとうございました。

記入後、この用紙を受付にご持参ください。