## 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				
	問語	診票記.	入者:	□本人	□その作	也記入者(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(	)
		ふりがな						性別		年齢	歳
	受	氏 名						生年月日	T·S·H	年	月 日
	診	住 所	〒	- 県・府	F						
	者	連絡先			らの連絡がす 希望時間帯等	可能)TEL① 等 AM	- PM	- その他(	TEL2	-	- )
	₹.	イナ保険	(証による	3診療情報	取得に同意に	されますか?		同意する		同意しない	
			※当图	完は診療情報	暇を取得・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	<b>f</b> .	
			正研	霍な情報を耳	仅得・活用する	為、マイナ保持	険証の利用に	ご協力をお願	いいたします	<b>f</b> .	
Α	当图	完をどこ	で知りま	ましたか?	□ 友人・	家族 🔲 🧍	也院	ホームへ゜ーシ゛	その他(		)
	紹介	个状はお	お持ちです	├か?	□ はい		いいえ				
	今[	回の受診	②は、どた	なたの意向	ですか?		自分の意志		(		) のすすめ
			からですか			月頃 きっか <b>ニ</b>		有(			)
	その	ことで受	診したこと	はありますか	↑?	有(图	· 療機関名:			○ □ 入院	□ 外来
В				をお聞きし	ます. あてし	<b>まるものを</b>	== 7 1997+==				
	7	のご自身	₿の状態を		00 00 00 00	0.01.0	心人 * 迭扒	してください	١,٥		
	っ 身			cm 体	重		EL (AM PM	してください : ~ AM PM	1 . ,	) 約	時間
		長		·····································	重	ı	民 (AM PM	• _ AM	] :	) 約 <b>]</b> 下痢と便秘:	
	負	見 通	口普	音通	重 □よく便	kg 睡 E 秘になる 規則的	眠 (AM PM コよく	: ~ MM 下痢になる 不規則	] : ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ;		
	多女	予 長 更 通 性の方	口普	音通 月 経 辰の可能性	■よく便	kg 睡 ほ !秘になる 規則的 無 □ 7	眠 (MM) よく は は は は は は は は は は は は は は は は は は	: ~ <mark>M</mark> 下痢になる 不規則 週目)	] : ;	]下痢と便秘: ( (	を繰り返す
	身 女 アバ	》 長 更 通 性の方 レコール	口普	音通 月 経 辰の可能性 飲まない	重 □よく便	kg 睡 ほ 秘になる 規則的 無 □ 7	眠 (AM)	: ~[MM] 下痢になる 不規則 週目)	」 : ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ;	]下痢と便秘: ( ( 量:	を繰り返す 年頃) )
	身 (女 アル タ	計 長 更 通 性の方 レコール なバコ	□ 普 好如	音通 月 経 辰の可能性 飲まない 吸わない	重	kg 睡 ほ	眠 (AM) □ よく □ (妊娠 (種類: (一日に	: ~ <mark>MM</mark> 下痢になる 不規則 週目)	: ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ; ;	了下痢と便秘· ( ( 量: ∴約	を繰り返す 年頃) ) ) 年)
	身 タ アノ タ	利 長 通 性の方 レコール ズバコ 不眠	□ 普	音通 展の可能性 飲まない 吸わない 寝つきが	重	kg 睡 ! ! 秘になる 規則的 無 口 ? 飲む 吸う	眠 (AM)	: ~MM 下痢になる 不規則 週目)	:	「下痢と便秘 ( ( 量: : 約 う □熟	を繰り返す 年頃) ) ) 年) 眠感がない
	身 女 ア タ	予 長 更 通 性の方 レコール マバコ 不眠 不安	□ 普	<ul><li>・通</li><li>経</li><li>板の可能性</li><li>飲まない</li><li>吸わない</li><li>でつ</li><li>つ</li><li>気</li></ul>	重	kg 睡 ! 秘になる 規則的 無	眠 (MM) はく はない はない はない はない はない はん	: ~ MM 下痢になる 不規則 週目)    週日)    1 早く:	: ) 閉経 一 その他 本程度を 起きてしま □ 興奮	下痢と便秘· ( ( 量: : 約 う □ 熟	を繰り返す 年頃) ) ) 年)
	身倒女アクロロロ	を 性の方 レコール 不不安 不気分に	□ ぎ 妊娠 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	<ul><li>・通</li><li>経</li><li>板の可能性</li><li>飲まない</li><li>吸わない</li><li>でつ</li><li>つ</li><li>気</li></ul>	重	kg 睡 ! 秘になる 規則的 無	眠 (AM) はく 日本 (妊娠 (種類: (一日にを)が出ない 日本中で	: ~ MM 下痢になる 不規則 週目)	: ) 閉経 一 その他 本程度を 起きてしま □ 興奮	<ul><li>下痢と便秘</li><li>(</li><li>量:</li><li>: 約</li><li>う □ 熟</li><li>ぶったなる</li></ul>	を繰り返す 年頃) ) ) 年) 眠感がない
	り 倒 女 アリタ ロロロロ	表 更 通 性の方 マバス 不 て 気 の し コール 不 気 分 に の り の り の り の り の り の り の り の り の り の	□ 音	<ul><li>・通</li><li>経</li><li>板の可能性</li><li>飲まない</li><li>吸わない</li><li>つ</li><li>□</li><li>つ</li><li>□</li><li>できない</li></ul>	重	kg 睡 に 秘になる 規則的 無 口 を 飲む 吸う やよく目が覚む 口 やる気が	眠 (MM) よく は は は は は は は は は は は は は は は は は は	: ~ MM 下痢になる 不規則 週目)  週日)  はいる である のは、これのでは、これ	:	<ul><li>下痢と便秘</li><li>(</li><li>量:</li><li>: 約</li><li>う □ 熟</li><li>ぶったなる</li></ul>	を繰り返す 年頃) ) ) 年) 眠感がない
	<b>身</b> 女 ア タ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ	長 通 性の アンバ 不 不 気 身 人 の 前 で の で	世 が が か か か か か の 張	音通 展の可能性 飲まない 寝つ □ □ できない 大間関係が	重 □ よく便 □ □ よく便 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	kg 睡 !	眠 (MM) はく はない	: ~ MM 下痢になる 不規則 週目)  週日)  は 回 早く コイライラ きない 目 自分を	:	下痢と便秘: ( 量: : 約 う □ 熟 する □ 怒 y クになる まう まう	を繰り返す 年頃) ) ) 年) 眠感がない

С	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	Ŧ
	。 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	Ŧ
	☑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?	Ŧ
	☑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?	Ŧ
	※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	
	<ul><li>(4)</li><li>(5)</li><li>(6)</li></ul>	
Ε	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	Ŧ
	□ 有	
F	これまでの生活状況について教えてください。	
	■ 中学校 □ 市学校 □ 大学・専門学校等	٦
	最終学歴	ij
	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)	
	□ 家族:□父 □母 □兄 □姉 □弟 □妹 □祖父母 □配偶者 □子 □孔	系
	□ その他:	
Н	利用されている制度についてお聞きします。あてはまるものを全て記入・選択してください。 🔲 無	Ŧ
	自立支援医療制度 日 申請中 日 有 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	及
	その他の障害者手帳 □ 申請中 □ 有 □ 身体 ( )級 □ 療育 ( )級	及
	要介護認定 日 申請中 日 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	
Ī	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。	Ŧ
		7

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。