

受付問診票

日付 年 月 日

ご不明な点は空欄で結構です。

フリガナ 氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	才
住所 〒					性別	男 ・ 女
電話番号	身長	cm	体重	kg		
緊急連絡先	本人との関係					
本日お困りの症状はなんですか？		不眠 ・ やる気が出ない ・ 食欲がない ・ 気分の落ち込み ・ 不安感				
		その他				
いつ頃からその症状が始まりましたか？		年	月	日頃から		
今までにも似た症状はありましたか？		いいえ ・ はい		年	月 頃	
同様の症状にて、他の医療機関で 受診したことがあれば教えてください。		病院名		時期		
服用されているお薬はありますか？		いいえ ・ はい				
過去に大きな病気や怪我をされたことが ありますか？		いいえ ・ はい		病名：		
日常生活で、ひとりでできないことを 教えてください。		歩行 排泄 着替え 入浴 炊事 洗濯 掃除 金銭管理 その他				
アレルギーはありますか？		いいえ ・ はい				
お酒は飲みますか？		いいえ ・ はい		一日の酒量：		
タバコは吸いますか？		いいえ ・ はい		一日の本数：		
違法薬物の使用歴はありますか？		いいえ ・ はい				
妊娠中 ・ 授乳中ですか？		妊娠中 ・ 授乳中 ・ どちらでもない				
同居している家族の構成を教えてください。		配偶者 ・ 父 ・ 母 ・ 息子 ・ 娘 ・ 兄弟姉妹 ・ 祖父母 ・ その他				
以下のものをお持ちですか？		精神障害者手帳		自立支援医療		マイナ保険証

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)