

診療申込書 兼 問診票

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			T・S・H 年 月 日
住所	〒		
電話番号	優先度①	優先度②	
勤務先	名称	電話番号	

他の医療機関からの紹介状を持っていますか。	はい	・	いいえ
現在困っていること、相談したい内容をご記入ください。			
その症状はいつ頃からありますか？また、きっかけとなる出来事があればご記入ください。			
その症状について、治療を受けたことはありますか？			
今回の来院は ☐ 自分が希望して ☐ 家族のすすめで ☐ その他（ ）			
生まれてから今までについて、当てはまるものにチェックをつけてください。			
幼児時	☐ 未熟児	☐ 発達の遅れ	☐ けいれん ☐ その他（ ）
学童期	☐ チック	☐ 不登校	☐ ひきこもり ☐ 大きなけが ☐ その他（ ）
身体の病気	☐ 糖尿病	☐ 高血圧	☐ 高尿酸血症 ☐ 脂質異常症 ☐ 緑内障 ☐ 前立腺肥大症
	☐ 脳梗塞	☐ 心臓病	☐ 不整脈 ☐ がん ☐ その他（ ）
精神の病気	（ ）		
現在飲んでいるお薬はありますか？			
☐ なし ☐ あり（ ）			

裏面につづきます

喫煙、飲酒について教えてください。 喫煙：□吸わない □吸う 1日（ ）本×（ ）年 飲酒：□飲まない □飲む 週に（ ）日 1日量（ ）														
食べ物や薬などのアレルギーはありますか？ □なし □あり（ ）														
※女性の方 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？ □いいえ □はい（□妊娠中 □妊娠の可能性あり □授乳中） 月経：□順調 □不順 症状との関係：□有 □無														
睡眠：平均（ ）時間 □睡眠時間が短い □寝つきが悪い □途中で覚める □熟睡感がない □目覚めが早い 食欲：□問題なし □減っている □増えている ここ6か月間の体重変化：□変化ない（2kg 以内）□減った（ ）kg □増えた（ ）kg 便秘：□問題なし □下痢気味 □便秘気味 □便秘と下痢を繰り返す														
ご家族について 父：□健在 □死去 母：□健在 □死去 兄弟姉妹：（ ） 本人は（ 番目） 配偶者：□いる □いない 子ども：□いる □いない 一緒に住んでいる方は誰ですか（ ） ご家族で精神科に受診歴がある方はいますか □いいえ □はい（ ）														
出身地：（ ） 最終学歴：（ ） 職歴： <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="width: 33%;">いつから</th> <th style="width: 33%;">いつまで</th> <th style="width: 33%;">勤務先</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年頃から</td> <td style="text-align: center;">年頃まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年頃から</td> <td style="text-align: center;">年頃まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年頃から</td> <td style="text-align: center;">年頃まで</td> <td></td> </tr> </table>			いつから	いつまで	勤務先	年頃から	年頃まで		年頃から	年頃まで		年頃から	年頃まで	
いつから	いつまで	勤務先												
年頃から	年頃まで													
年頃から	年頃まで													
年頃から	年頃まで													
下記のうち利用している制度はありますか？ □自立支援医療 □精神障害者保健福祉手帳（ 級） □身体障害者手帳（ 級） □療育手帳 □障害年金（ 級） □訪問看護（ 身体 ・ 精神 ） □就労移行支援（事業所名： ）														
当院をどちらでお知りになりましたか？ □ホームページ □看板 □知人 □その他（ ）														

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。