

予 診 票

カルテ番号 _____ 来院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 様	年齢 歳	記入者氏名（本人以外の場合）	患者様との関係
緊急時連絡先 氏名	患者様との関係	電話番号	

1. 受診の理由（今一番辛い症状、相談したいこと、診てほしいこと等）を具体的に記入してください。

2. 現在の健康状態についてお聞きします。

身長	cm	体重	kg（変わらない・やせた・太った）
食欲	普通 ・ あまりない ・ 食べ過ぎる		
睡眠	良い ・ 悪い ・ 眠れない ・ 眠すぎる ・ その他（ ）		
便秘	良い ・ 便秘ぎみ ・ 下痢ぎみ		
月経（女性のみ）	順調 ・ 不順 ・ 止まっている ・ 閉経		月経前後の不調 ない ・ あり（ ）

3. 今までに精神科、神経科、心療内科での治療を受けたことがありますか？（ ない ・ ある ）

年頃 医療機関名	（ 通院 ・ 入院 ）	【診断名： _____】
年頃 医療機関名	（ 通院 ・ 入院 ）	【診断名： _____】

処方されている（されていた）お薬： _____

4. 今までに精神科、神経科以外で大きな病気をしていたことがありますか。（ ない ・ ある ）

歳頃 【診断名： _____】	現在治療中ですか（ はい ・ いいえ ）
歳頃 【診断名： _____】	現在治療中ですか（ はい ・ いいえ ）

以下の病気のなかで現在かかっているものがあれば○をつけてください。

・高血圧 ・狭心症 ・心筋梗塞 ・糖尿病 ・高脂血症 ・気管支喘息 ・胃十二指腸潰瘍 ・肝機能障害
・腎機能障害 ・甲状腺疾患 ・膠原病 ・脳梗塞 ・脳出血 ・前立腺肥大症 ・子宮筋腫 ・緑内障
・白内障 ・アトピー性皮膚炎 ・がん（具体的に _____）

処方されているお薬があればご記入ください _____

5. あなたが生まれた時のことについてお聞きします。

・出生地（都道府県名及び市町村名）をご記入ください。 _____ 都・道 市・区
府・県 町・村

・生まれた時のことで以下に当てはまるものがあれば○をつけてください。

・早産（～36週） ・過期産（42週～） ・低出生体重児（2500g未満） ・新生児仮死
・鉗子分娩 ・吸引分娩 ・妊娠中の母親の病気 ・その他 _____

・幼少時、ひきつけや言葉・身体の発育の遅れを指摘されたことはありますか？（ いいえ ・ はい ）

6. 今までにお薬や食べ物等でアレルギーを起こしたことはありますか？

【 ない ・ ある → 具体的に： _____ 】

裏面に続きます→

7. 最後に卒業された学校（最終学歴）はどちらですか？

学校名： _____（卒業・中退・在学中 _____ 年生）

8. 現在の職業は何ですか？（学生・主婦・無職・在職中）勤務(通学)先： _____

また、以前にされていた仕事があれば順にご記入ください。

_____ 歳頃/勤務先(業種)	_____ 歳頃/勤務先(業種)
_____ 歳頃/勤務先(業種)	_____ 歳頃/勤務先(業種)

9. ご結婚はされていますか？ はい（初婚・再婚）・いいえ（未婚・離婚・死別・内縁）

10. ご家族についてお聞きします。

- ・両親は健在ですか？ 父親（ _____ 歳）健康・病気あり（病名： _____ ）・死亡 _____ 歳・不明
母親（ _____ 歳）健康・病気あり（病名： _____ ）・死亡 _____ 歳・不明
- ・兄弟姉妹は何人いますか？【 いない・いる →（本人を含む） _____ 人のうち _____ 番目 】
- ・お子さまはいますか？（亡くなった人含む）【 いない・いる →（ _____ 人） 】
- ・同居している家族はいらっしゃいますか？【 いない・いる →（誰と同居？ _____ ） 】
- ・家族や親類で精神科、神経科、心療内科に受診したことがある人はいますか？
【 いない・いる →（続柄 _____ 病名 _____ 医療機関名 _____ ） 】

11. あなたの性格についてお聞きします。当てはまるものに全て○をつけてください。

- ・穏やか ・快活 ・外交的 ・内向的 ・無口 ・気が短い ・怒りっぽい ・感情的
- ・負けず嫌い ・わがまま ・人に頼りやすい ・心配性 ・几帳面 ・神経質 ・頑固
- ・きれい好き ・物事にこだわらない ・物事にこだわりやすい ・楽天的
- ・その他（ _____ ）

12. お酒は飲みますか？

いいえ ・ はい 【 _____ 歳頃から（毎日・ときどき・たまに付き合い程度） 】
お酒の種類 【 ビール・日本酒・焼酎・ウィスキー・その他（ _____ ） 】
飲む量 【 1日あたり _____ 杯程度 】

13. たばこは吸いますか？ 【 いいえ・はい → _____ 歳頃から、現在1日あたり _____ 本程度 】

14. 現在、相談機関や福祉サービスを利用している方はご記入ください（相談室、就労支援事業所、デイケア等）

以下は、マイナ保険証に関するご質問です。

- ・マイナ保険証による診療情報の取得に同意いただけますか？ 【 同意する ・ 同意しない 】
- ・この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受けましたか？
【 受けていない・受けた → 受診時期（ _____ 年 _____ 月頃） 指摘事項 _____ 】

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おります。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。