

病名：

心療内科・メンタルクリニック用 診察申込書・問診票

フリガナ		男 女	生年月日： 年 月 日 才			
氏名						
住所	〒				職業	
連絡先①			連絡先②			

●本日は、下記のいずれかをご持参されましたか？

- 健康保険証 マイナンバーカードの保険証（以下、マイナ保険証）

●マイナ保険証での受診の方にお尋ねします

あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？

- 同意していない 同意した

●直近1年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか？

- 受けていない 受けた

(検診名：)

(いつ頃： 年 月頃)

●現在、他の医療機関から処方された薬などを服用していますか？

- 服用していない 服用している → ※おくすり手帳（あり・なし）

●他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

- いいえ はい

●現在、困っていることは何ですか？当てはまる項目にチェック（√）して下さい

- 頭痛 吐き気 めまい 耳鳴り 手の震え ろれつが回らない 物忘れ
 眠れない イライラする 何となく不安 考えがまとまらない 自分を傷つける
 胸がドキドキする もの悲しくなる 他人の視線が気になる 気が重く沈む
 何もする気がしない 死にたくなる 食欲・性欲がない だるい・疲れやすい
 無口になった 活動しすぎるようになった 何事も生き生きと感じられない
 何となく周囲が変わった感じがする 実際にはないものが見えたり、聞こえたりする
 人を避け自室に閉じこもる 辻褄の合わない言動をする 酒がやめられない
 その他 ()

●いつ頃から具合が悪くなりましたか？

昭和・平成・令和 年 月から（または 才頃から）

●具合が悪くなった原因と思われる事がありますか？

- ない ある ()

●今までに精神科・心療内科の治療を受けたことがありますか？

受けない

受けた

① 年 月より 年 月まで 病院（通院・入院）

② 年 月より 年 月まで 病院（通院・入院）

③ 年 月より 年 月まで 病院（通院・入院）

●今までに入院や手術をするような大きな病気やケガをしたことがありますか？

ない

ある

① 年 月 病名：

② 年 月 病名：

③ 年 月 病名：

●現在、他の医療機関に通院されていますか？

いいえ

はい（医療機関名：）

（診療科：）

●アレルギーはありますか？

ない

ある（具体的に：）

●現在、妊娠していますか？

いいえ

妊娠中（妊娠 週目）

授乳中

●教育・生活史についてお書きください

最終卒業学校（小・中・高・大・専門）学校

小学校以来の成績（上・中・下）

生まれたところ：

（都道府県）

生家の職業（）

●発育・発達は順調でしたか（言語・運動・身体の成長）

問題なし

問題あり（具体的に：）

職業歴

年から

年まで（

）

年から

年まで（

）

婚姻歴（未婚・既婚）

結婚（

才時）

離婚（

才時）

死別（

才時）

タバコ

喫わない

喫う（1日

本）

お酒

飲まない

時々、飲む

毎日飲む（種類：

量：

/日）

違法薬物などの使用歴

なし

あり（内容：

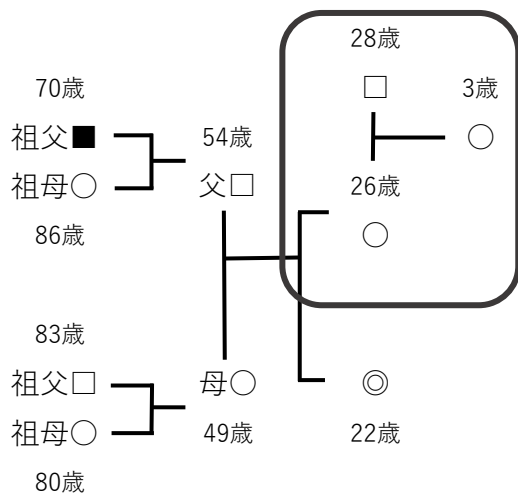
）

●精神科受診歴のあるご家族はいらっしゃいますか？

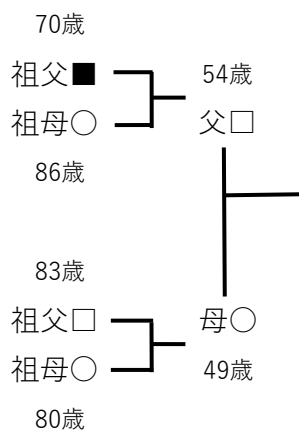
いない いる (どなたですか・病名)

●例を参考にして家系図をお書きください

【記入例】 男性は□女性は○、本人は◎、亡くなっている方は塗りつぶしてください。
同居の家族を大きな丸で囲んでください。



兄弟 (姉妹)	2人
子ども	1人



兄弟 (姉妹)	人
子ども	人

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致します。

★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)