

問診票

この問診表は、患者様の通院・入院前の状況を知ること、当院での診察や看護に役立てることを目的としています。ご協力をお願いいたします。この問診表は個人情報保護上取り扱いを厳重に行います。

該当する項目にチェック(し点)をいれ、.....部分は全てに詳細内容ご記載下さい。入院につきましては記載がない箇所については、職員が後ほど伺い確認をさせていただくことがあります。

.....記入日.....年.....月.....日

ふりがな
氏名

.....
○薬や食べ物でアレルギー反応や副作用がでたことがありましたら、お書き下さい。

食べ物 ○なし○あり (.....)

薬 ○なし○あり (.....)

○嗜好品についてお答え下さい。

・ タバコ ○吸わない○吸う (.....本/日、.....才から)

・ アルコール ○飲まない○飲む (...../日、.....才から)

・ シンナー ○吸ったことはない○吸ったことがある (.....才から.....才まで)

・ 覚せい剤 ○使用したことはない○使用したことがある (.....才から.....才まで)

違法薬物・大麻 ○使用したことはない○使用したことがある (.....才から.....才まで)

・ 常用薬(処方薬以外)○ない○ある (商品名.....)

○車の運転をしますか ○する ○しない

○今回、来院の理由、今一番こまっていること、相談したい内容をお書きください。

(自分で希望して・家族のすすめで・(.....)のすすめで来院)

.....
○症状のきっかけになるような出来事やストレスがあればお書き下さい。

.....
その他の困った症状・行動 (.....)

症状はいつからありますか.....年.....月ごろ あるいは.....才ごろから

○女性の方にお伺いします。

現在妊娠されていますか?..... はい・いいえ・分からない

月経はありますか?..... ○なし..... ○あり..... (最終月経.....年.....月.....日頃)

○現在心療内科・精神科以外で治療している病気はありますか? 病名.....

(.....)

例 糖尿病、高血圧、喘息、緑内障、心臓病、肝臓病、腎臓病、膠原病、泌尿器疾患 等

○ご家族・ご親戚で、心療内科や精神科の受診歴がある方はいましたら、ご記入下さい。(続柄・診

断名など) ○なし ○あり (.....)

○家族についておたずねします。

今は何人で暮らしていますか。()人

出身地..... 都・道・府・県..... 市・区・町・村

兄弟.....人中.....番目 (既婚.....回目・離婚・未婚) 子供(.....)人

治療・入院に協力をしてくれる人はいますか ○はい 続柄..... ○いいえ

どのようにして生計をたてていますか?

○入院をする方にお伺いします。 退院後の生活で不安なことはありますか?家族・経済的問題等

家族構成を下の表に両親・兄弟・配偶者・子供(長男・長女など)を記入してください。

続柄	ふりがな 名前	年齢	生年月日	どちらかに○を	健康状態	職業
			年 月 日	同居・別居・離婚 音信不通・死去		
			年 月 日	同居・別居・離婚 音信不通・死去		
			年 月 日	同居・別居・離婚 音信不通・死去		
			年 月 日	同居・別居・離婚 音信不通・死去		
			年 月 日	同居・別居・離婚 音信不通・死去		
			年 月 日	同居・別居・離婚 音信不通・死去		
			年 月 日	同居・別居・離婚 音信不通・死去		
			年 月 日	同居・別居・離婚 音信不通・死去		

相談機関に相談や在宅サービスを受けている方は、下記に○もしくはご記入下さい。

生活保護・保健師・障害福祉課・地域包括センターケアマネジャー・計画相談員・婦人相談
家庭支援センター・児童相談所・訪問診療・訪問看護・ヘルパー・デイケア・デイサービス
施設入所中・就労支援・就労移行・スクールカウンセラー・スクールソーシャルワーカー
その他.....

現在お持ちの物がありましたら、記載をしてください

.....○無 ○有.....(精神障害者手帳.....級・身体障害者手帳.....級・知的障害者手帳.....級)

.....○障害者年金していない ○障害者年金受給している.....

.....○自立支援利用していない○自立支援利用中(指定医療機関(.....クリニック・病院)

.....介護保険お持ちの方は○を.....申請中・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5(.....ケアマネ)

最終学歴（普通学級・特別支援学級・特別支援学校）

（公立・私立） 中・高・大・専門学校 才（在学中・卒業・中退）

現在の仕事内容（ ）勤続 年 か月

勤務先 一般企業 ・ 就労支援施設 ・ その他（ ）

職歴 才頃～ 才頃まで 業種： _____

才頃～ 才頃まで 業種： _____

才頃～ 才頃まで 業種： _____

通常就労 リハビリ出勤中 休職中 主婦 無職 その他（_____）

心療内科・精神科通院・入院歴

あり はじめて

ありの方は下記に詳細を記載ください。

疾患名（_____）病院名（_____）任意・医療保護・措置

（通院・入院） 年 月 日（ 歳）から 年 月 日（ 歳）

疾患名（_____）病院名（_____）任意・医療保護・措置

（通院・入院） 年 月 日（ 歳）から 年 月 日（ 歳）

疾患名（_____）病院名（_____）任意・医療保護・措置

（通院・入院） 年 月 日（ 歳）から 年 月 日（ 歳）

疾患名（_____）病院名（_____）任意・医療保護・措置

（通院・入院） 年 月 日（ 歳）から 年 月 日（ 歳）

疾患名（_____）病院名（_____）任意・医療保護・措置

（通院・入院） 年 月 日（ 歳）から 年 月 日（ 歳）

その他診療科での通院・入院・手術歴

疾患名（_____）病院名（_____）（_____）科

（通院・入院・手術） 年 月 日（ 歳）から 年 月 日（ 歳）

疾患名（_____）病院名（_____）（_____）科

（通院・入院・手術） 年 月 日（ 歳）から 年 月 日（ 歳）

疾患名（_____）病院名（_____）（_____）科

（通院・入院・手術） 年 月 日（ 歳）から 年 月 日（ 歳）

疾患名（_____）病院名（_____）（_____）科

（通院・入院・手術） 年 月 日（ 歳）から 年 月 日（ 歳）

疾患名（_____）病院名（_____）（_____）科

（通院・入院・手術） 年 月 日（ 歳）から 年 月 日（ 歳）

現在心療内科・精神科以外で内服している処方薬がありましたら、お書きください。

お薬手帳 持参 家にある なし

ご協力ありがとうございました。

受付票

診察券番号

記入日： 年 月 日

※太枠の中を記入してください

フリガナ			
氏名			
性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
フリガナ			
現住所	〒	都道	県府
	自宅電話:	携帯電話:	
※病院名でお電話を差し上げてもよろしいですか? はい・いいえ・個人名なら可			

《緊急時の連絡先》※必ず記入してください

氏名	続柄
住所	
携帯電話	自宅電話
※病院名でお電話を差し上げてもよろしいですか? はい・いいえ・個人名なら可	

《生活保護を受けている方は記入してください》

福祉事務所	
担当者名	電話番号

当院を受診する際の注意事項です。読みましたらチェックボックスにレ点をお願いします

診察は完全予約制、主治医制になっております。予約時間に遅れそうな場合やキャンセル、変更する場合は早めにご連絡をお願いします。また、原則主治医の変更はしておりませんが、お困りのことがありましたら患者相談窓口にご連絡下さい。

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため発熱、咳、喉の痛み、鼻水などの感冒症状が最近あった、あるいは現在ある方、濃厚接触者、身の回りに感染者がいる場合等は来院する前に当院

当院は療養病棟であるため重症度が高い場合や疾患の性質により入院の希望に添えないことがあります。

薬物療法は医師が病状を考慮し必要と判断した場合のみに行います。特定の薬剤をリクエストされましてもご希望に添えない場合があります。度重なる薬の紛失、破棄などの理由による処方箋の再発行は出来かねます。

休職、その他の診断書等も医師が必要と認めた場合のみに発行します。当院受診以前の経過が追えない期間の休職、その他の診断書は作成できないことがあります。

暴言・暴力・威嚇・理不尽な要求等があると医師及びその他職員が認めた場合は今後の通院をお断りいたします。