

初診問診票記入のお願い

当科の診療は特に時間がかかりますので、スムーズな診療のために下記の事項をご記入ください

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日 (歳)
お名前			
ご住所	TEL:		
上記以外の連絡先がありましたらお書きください。施設入所中の方は施設名、連絡先をお書きください。			

年 月 日 記入者：ご本人・その他（ ）

1.他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい ・ いいえ

2.いつ頃からどんなことでお困りですか？

3.その原因と思われることはありますか？

4.このことで精神科・心療内科等で治療を受けたことはありますか？

- ・ある 頃～ 頃 病院へ通院・入院
- ・ない 頃～ 頃 病院へ通院・入院

5.現在他の医療機関への通院はありますか？

- ・ある 医療機関名、受診日、治療内容などをお書きください。
- ・ない

6.現在、処方されているお薬はありますか？

※マイナ保険証による情報取得に同意された方は1か月以上前に処方されたものは記入不要です。

- ・ある 薬剤名、用量、投薬機関などをお書きください。
- ・ない

7.これまでにかかった大きな病気、ケガなどはありますか？

- ・ある 病名、時期、医療機関名、治療内容などをお書きください。
- ・ない

8.この1年間で特定検診及び高齢者検診を受診しましたか？

※マイナ保険証による情報取得に同意された方は記入不要です

- ・ はい 受診時期、指摘事項などあればお書きください。
- ・ いいえ

9.普段の生活や、現状に関して教えてください。

- ・ たばこは 吸わない 吸う(本/日)
- ・ お酒 飲まない 飲む(種類 量 ml/日)
- ・ アレルギー ない ある()
- ・ 妊娠の可能性 ない ある(妊娠 ヲ月)

10.患者様の本来の性格についてお書きください。

11.教育歴・生活史についてお書きください。

- ・ 出身地(都道府県)
- ・ 生家の職業
- ・ 最終学歴 (小・中・高・大) 卒業 /小学校以来の成績 (上・中・下)
- ・ 職歴
- ・ 結婚歴 未婚・既婚 結婚 (年) 離婚 (年)
結婚 (年) 離婚 (年)

12.見本を参考にして家族構成をお書きください。

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 6点、 加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)

※マイナ保険証による診療情報取得に同意します はい ・ いいえ