

問診票 1 (聖十字病院)

記入日：令和 年 月 日

フリガナ		男	生年月日	昭・平・令	年	月	日
氏名		女					
住所	〒 ー						
電話番号	(自宅)			(携帯)			

以下に、✓をお願いします。

1. マイナ保険証を利用し、当院があなたの診療情報（受診歴、健診歴、服薬情報等）を取得することに同意しましたか？

はい いいえ

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。

本用紙（問診表1）を受付にご提出をお願いします。

問診票 2 (聖十字病院)

記入者： 本人 本人以外 (続柄： _____) (※受付記入欄) 患者 ID _____

患者氏名： _____ 同伴者 (いれば) 氏名： _____ 続柄： _____

以下にご記入、✓をお願いします。不明なところや書きにくいところは空欄で大丈夫です。

1. 本日受診した主な理由 (困っていること、相談ごと、症状など) はなんですか？

2. それ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教えてください。

3. 今回の受診はどなたのご希望ですか？ (複数可)

本人 家族の勧め 他施設からの紹介 (_____) その他 (_____)

4. 当院に希望することはなんですか？ (複数可)

診断が知りたい 検査がしたい 治療してほしい 入院の相談がしたい
 書類がほしい その他 (_____)

5. 今までに精神科を受診されたことはありますか？

ない ある (病院名： _____ 受診年月日： _____ ~ _____)

6. 現在受診されている病気や飲んでいるお薬はありますか？

ない ある (病名： _____)

(ある方で) お薬手帳はありますか。 ある ない (薬名がわかれば： _____)

7. あなた(本人) のご家族について教えてください。

* 父 : 健在 死去 不明

* 母 : 健在 死去 不明

* 兄弟姉妹 : 兄 (_____ 人) 姉 (_____ 人) 弟 (_____ 人) 妹 (_____ 人)

* 配偶者 : いる (年齢： _____ 歳) いない (未婚 離婚 死去)

* 子供 : いる (_____ 人 年齢： _____ 歳、 _____ 歳、 _____ 歳)

* 同居者 : いない いる (あなた以外で _____ 人、続柄は、 _____)

* 血縁で心療内科・精神科に通院している人はいますか？

いない いる 過去に通院していた

(いる、過去に通院を選んだ方へ) どなたですか。(続柄： _____ 病名や症状： _____)

裏面にお進みください。

8. あなた(本人) について教えてください。

*もともとの性格で当てはまるものを選んでください。(複数可)

- 明るい 楽天的 社交的 内向的 真面目 神経質 怒りっぽい 心配性
 そそっかしい 恥ずかしがりや 頑固 几帳面 優しい 空気が読めない

*最後に通った学校の名前：() 卒業 中退 在学中 休学中

*成績：小学校(上・中・下) 中学校(上・中・下) 高校(上・中・下)

*趣味： なし あり()

*仕事： なし あり(職種：) (休んでいれば) 年 月 日から

*喫煙： 吸わない 吸う (1日 本)

*飲酒： 飲まない 飲む (週 回)、種類・量()

*薬、食べ物などのアレルギー なし あり(種類： 症状：)

*過去に治療していた病気はありますか。 なし あり()

*身長： cm 体重： kg(ここ6ヶ月で、 kg 増えた 変わらない 減った)

*女性の方へ、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)

9. あなた(本人) の状態について教えてください。

当てはまるものは✓、当てはまる“かもしれない”ものは△をつけてください。(複数可)

- 気分が落ち込む 気分が爽快 物事が楽しめない 食欲がない 食欲が過剰にある
 疲れが取れない 仕事や趣味がすごくはかどる 興奮する たくさん買い物をしてしまう
 眠れない → (具体的に、 寝つきが悪い 途中で何度も起きる 朝早く目覚めてしまう)
 やる気が出ない 集中力が落ちた イライラする 胸がドキドキする めまいがする
 生きているのが辛い 記憶がなくなることがある 人前で緊張する 人混みが辛い
 嫌な、またはばかばかしい考えが浮かぶ 特定の行動を繰り返してしまう
 自分が自分でない気がする 人に見られている感じがする 変な声が聞こえる
 変なものが見える 噂されている感じがする すぐに気が散ってしまう
 忘れ物が多い こだわりが強い 急な予定変更に弱い もの忘れが多い
 その他()

10. 社会保障制度、福祉サービスの利用状況について教えてください。(申請中の場合は△でお願いします。)

要介護認定： 要支援__度 要介護__度

自立支援医療 生活保護 年金： 老齢 障害__級 遺族

障害者手帳： 精神__級 身体__級 知的__度)

在宅サービス等： 訪問看護(週__回) ヘルパー(週__回) デイサービス(週__回)

施設入所(施設名：)

ご協力ありがとうございました。書けましたら受付にご提出お願いします。