

問診表

青葉クリニック 令和 年 月 日

〒

住所 TEL (.....)

ふりがな

氏名 様 生年月日 昭・平・令 年 月 日生 年齢 歳

身長 cm 体重 kg 記入者(本人以外の場合) (続柄)

最終学歴: 大学・専門学校・高校・中学(卒業・中退)その他(.....) 不登校歴: ない・ある

職種: 会社員・公務員・自営業・学生・主婦・無職・その他(.....) 転職: ない・ある→(.....)回

今回受診したきっかけ 自分で判断・家族や先生、上司の勧め・他の医師の勧め・その他(.....)

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? はい・いいえ

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか? はい・いいえ

現在、お困りの症状をお書きください。

その症状はいつ頃からですか?

・精神科、心療内科に受診歴はありますか? ない・ある・通院中(病院名.....)

・服用中の薬はありますか? ない・ある(薬名.....)

・他科で通院中の病気はありますか? ない・ある(病名.....)(病院名.....)

・この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診歴はありますか? ない・ある

・体の痛みや調子の悪い点はありますか? ない・ある(.....)

・ひきつけ、けいれんを起こしたことはありますか? ない・ある

・頭を強く打ったことはありますか? ない・ある ・意識を失ったことはありますか? ない・ある

・薬や食べ物でアレルギーはありますか? ない・ある(.....)

・飲酒: 飲まない・毎日・ときどき ・喫煙: 1日平均(.....)本 ・血圧: 低い・普通・高い

◎女性の方のみ 現在、妊娠中又は授乳中ですか? いいえ・はい(妊娠中の方→妊娠週数.....週)

<ご家族について>

父:歳 健康・死亡・病気がち(病名.....)

母:歳 健康・死亡・病気がち(病名.....)

兄弟:人→.....歳、.....歳、.....歳(健康・死亡・病気がち→.....)

配偶者:歳 健康・死亡・病気がち(病名.....)

離婚したことが: ない・ある→(.....)回

子ども:人→.....歳、.....歳、.....歳(健康・死亡・病気がち→.....)

現在、あなたを含めて何人で同居していますか?人

血縁者で、精神科や心療内科を受診した方、自殺しようとした方はいますか? いる・いない

間柄: 状態:

・クリニックへのご希望がございましたら、○をおつけください。

診断、検査(心理検査・血液検査)、治療(薬・漢方・相談)、心理士によるカウンセリング(自費)の希望

その他(.....)

裏面へ→

他にご希望や気づいた点があればお書きください。

診療の手助けになりますので、わかる範囲でご記入ください。

お薬手帳をお持ちでしたら、受付にお出してください。

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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※当院は「医療情報取得加算」「医療DX推進体制整備加算」を算定しております。

協力ありがとうございました。