

# 初めて受診される方へ

ご記入のうえ、保険証と一緒に窓口へお渡してください。 記入日：令和 年 月 日

記入者名：		続柄（本人・その他）	
受診者名	フリガナ：	生年月日：明・大・昭・平	
	氏名：	様（男・女）	年 月 日
	住所：〒 —		
	電話番号：	（ ）	／携帯番号：（ ）
*今後病院名でお電話差し上げても構いませんか？		はい／いいえ	
緊急連絡先名：		続柄（ ）	
住所：〒 —			
電話番号：（ ） / 携帯番号：（ ）			
*今後病院名でお電話差し上げても構いませんか？		はい／いいえ	
マイナンバーカード保険証による診療情報取得に <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない <input type="checkbox"/> 持っていない			

<以下の項目にご回答をお願いいたします。分からない項目はそのままで結構です。>

1. 障がい年金を受給しておられますか？ はい ・ いいえ  
【はい】の場合 1) 種類は何ですか？ (国民 ・ 厚生 ・ 共済)  
お答えください。 2) 何等級ですか？ \_\_\_\_\_ 級
2. 障がい者手帳をお持ちですか？ はい ・ いいえ  
【はい】の場合 1) 種類は何ですか？ (身体 ・ 療育 ・ 精神)  
お答えください。 2) 何等級ですか？ \_\_\_\_\_
3. 介護サービスは受けておられますか？ はい ・ いいえ  
【はい】の場合お答えください。  
1) ケアマネジャーはどなたですか？ \_\_\_\_\_  
2) 事業所はどこですか？ \_\_\_\_\_  
3) 要介護度はどうですか？ 要支援1・2/要介護度1・2・3・4・5
4. 障がい福祉サービスは受けておられますか？ はい ・ いいえ  
【はい】の場合お答えください。  
1) 相談支援専門員はどなたですか？ \_\_\_\_\_  
2) 事業所はどこですか？ \_\_\_\_\_  
3) 障がい支援区分はどうですか？ 区分（1・2・3・4・5・6）
5. 関連医療機関「こころクリニックせいわ」について  
1) 受診したことがある 2) 受診したことはない 3) 現在初診予約中

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・活用する為、マイナンバーカード保険証のご利用をお願い致します。

# 問診票

ID \_\_\_\_\_

お名前： \_\_\_\_\_ 記入日：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

＜以下の項目にご回答をお願いいたします。記入したくない項目や分からない項目はそのままで結構です。なお、当院は個人情報保護法を遵守しております。＞

## 1. 本日こられたのは、

- 本人の希望で来院した  家族のすすめ  知人のすすめ  他の医療機関の紹介  
 入院を希望  その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 2. どのようなことでお困りですか？

- いらいらする  不安な気持ちになる  怒りっぽい  落ち着かない  夜なかなか寝付けない  
 夜中に何回も目を覚ます  眠った気がしない  気分がゆううつ  食欲がない  食べても味がしない  
 何事にも意欲が起こらない  乗り物などに乗れない  人が自分のうわさをする  
 いない人の声が聞こえる  動悸がする  息苦しくなる  頭痛がする  身体がだるい  
 最近物忘れがひどい  お酒がやめられない  その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 3. 2のようなことはいつ頃から始まりましたか？

- ( \_\_\_\_\_ ) 日くらい前    • ( \_\_\_\_\_ ) 週間くらい前    • ( \_\_\_\_\_ ) ヶ月くらい前  
• ( \_\_\_\_\_ ) 年くらい前

## 4. 今の症状でどこかの病院を受診したことがありますか？      ある ・ ない

【ある】とお答えの方は医療機関名と時期を教えてください。

- 例) ●●クリニック      2012年5月～2014年3月  
1) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  
2) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  
3) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

## 5. 今までに体の病気で入院や通院をしたことがありますか？      ある ・ ない

また現在かかっている病気はありますか？      ある ・ ない

何歳のときに？      どんな病気で(わかれば病名も)？      どの医療機関？

- 例) 24歳      胃潰瘍      △△医院  
例) 35歳から現在      高血圧症      ××内科  
1) \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

## 6. 現在飲んでいる薬がありますか？      ある ・ ない

\*お薬手帳をお持ちの方は、問診票と一緒に受付にお渡しください。

次ページへ→





☆ご家族・付き添いの方にお聞きします。(問3. 4. 5)

3.ご家族、付き添いの方からみて受診に至った動機は次のどれになりますか？

(あてはまるものすべてに☑をつけて下さい)

- 以前はなかった本人のもの忘れが最近始まった
- 以前からあった本人のもの忘れが、最近ひどくなってきた
- もの忘れに加えて、奇妙なことをいうなど、以前にはなかった症状が始まった
- かかりつけの先生に受診を勧められた (病院名 )
- 介護保険の書類を作成したい
- 後見人の書類を作成したい
- その他 ( )

4.以下の症状がご本人にはありますか？

当てはまる場合は「はい」に、当てはまらなければ「いいえ」に○をつけて下さい。

「はい」の場合には(いつ頃からかも( ) )内にあわせてご記入ください)

- |                       |        |     |
|-----------------------|--------|-----|
| ① 物の置き忘れやしまい忘れが多くなった  | はい ( ) | いいえ |
| ② 同じことを何度も聞くようになった。   | はい ( ) | いいえ |
| ③ 火の不始末がある            | はい ( ) | いいえ |
| ④ 外出しなくなり、人との付き合いをさける | はい ( ) | いいえ |
| ⑤ 会話がなくなった            | はい ( ) | いいえ |
| ⑥ 家でじっとして何もしなくなった     | はい ( ) | いいえ |
| ⑦ うまく歩けなくなった          | はい ( ) | いいえ |
| ⑧ 外出すると迷子になる          | はい ( ) | いいえ |
| ⑨ 人の名前や物の名前が出てこない     | はい ( ) | いいえ |
| ⑩ 人に物を盗まれたということがある    | はい ( ) | いいえ |
| ⑪ 夕方や夜になると人が変わったようだ   | はい ( ) | いいえ |
| ⑫ 実際にはないものが見えているようだ   | はい ( ) | いいえ |
| ⑬ シャツやズボンを自分で着られない    | はい ( ) | いいえ |
| ⑭ トイレを失敗することがある       | はい ( ) | いいえ |
| ⑮ 一人で入浴することができない      | はい ( ) | いいえ |
| ⑯ 家族の顔がわからなくなることがある   | はい ( ) | いいえ |

5. 特に今回受診するに至った症状は何ですか？

その症状について、悪くなるきっかけがありましたか？

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....