

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 | フリガナ： | 続柄（ ） | |
| | 氏名： | | |
| | 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 | | | |
| 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ <input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない | | | |
| 過去1年間に特定健診か高齢者検診は受診されましたか？ <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明 | | | |

<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。>

- 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
- 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？ _____
- 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
- 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）
- 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
 介護保険申請 その他診断書(書類)の作成 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

現在通院している病気や過去にかかったことのある病気を記入して下さい。

| 年齢または西暦 | 病名・手術名 | 治療状況 | 病院・診療所名 |
|---------|--------|--------|---------|
| | | 終了・通院中 | |

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→

7. 食べ物やお薬でアレルギー反応（湿疹、蕁麻疹など）を起こしたことがありますか？

- ある（食品名または薬品名 _____ ）
- ない

8. 嗜好品についてお答え下さい。

- タバコ 吸う・吸わない（ _____ 本／日、 _____ 才から）・以前は吸っていた
- アルコール 飲む・飲まない（ _____ /日、 _____ 才から）・以前は習慣的に飲んでいた
- その他の薬物 _____ 使用したことはない・使用したことある（ _____ 才頃）

9. 現在の妊娠状況について教えてください。（女性の方）

- している（ _____ ヶ月）
- していない

10. 最終学歴を教えてください。

_____ 中学 _____ 高校 _____ 専門学校 _____ 大学 （ 卒業 / 中退 / 退学 ）

11. 職業歴についてわかる範囲でご記入ください。

| 年齢 | 職種 | 年齢 | 職種 |
|------|----|------|----|
| 歳～ 歳 | | 歳～ 歳 | |
| 歳～ 歳 | | 歳～ 歳 | |
| 歳～ 歳 | | 歳～ 歳 | |

12. ご家族について教えてください。

- 現在の家族構成

| お名前 | 年齢 | ご関係 | 同居・別居 | 学生・職業 |
|-----|----|-----|-------|-------|
| | | | 同居・別居 | |

13. その他特に伝えておきたいことがありましたらご自由にお書きください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

☆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？

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....