

精神科予診票

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療のご提供に努めております。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 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

記入者 本人・その他（ ） 記入日 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日
氏 名			大・昭・平 年 月 日（ 歳）
住 所			
電話番号	自宅	携帯	

その他連絡先

ふりがな		男・女	続 柄
氏 名			
住 所			
電話番号	自宅	携帯	

◆今回来院された目的は？

通院 入院 セカンドオピニオン その他（ ）

◆今回来院された理由、今一番困っていること、相談したいことなどをお書きください。

◆上に書かれたこと（症状）は、いつ頃から、どのようなきっかけで始まりましたか？

◆睡 眠： よい ・悪い（寝つきが悪い・夜中に何度も目が覚める・早朝に目が覚める）

◆食 欲： ある ・ない

◆喫 煙： 吸わない ・吸う（ 本/日） ・以前は吸っていた

◆飲 酒： 飲まない ・飲む（お酒の種類： ）（酒量 /日）

◆今、一緒に暮らされている方で感染症（インフルエンザ等）の人はいますか？ いない・いる（ ）

◆これまでに精神科・心療内科にかかれたことはありますか？ ない・ある

医療・相談機関名	期 間
	年 月 ～ 年 月
	年 月 ～ 年 月
	年 月 ～ 年 月

◆血縁のご家族・ご親族に精神科・心療内科の病気のある方はいますか？

◆これまでにかかれた病気について教えてください。

- 糖尿病（内服：あり なし インスリン：あり なし）
高血圧 心臓疾患（ ）
脳に関する病気（ ）
大きなケガ、事故、手術（ ）
現在、飲んでいるお薬はありますか？ なし あり（ ）

◆薬・食物によるアレルギーや副作用歴があれば教えてください。

◆介護保険の認定は受けていますか？

- はい（要支援1・2 要介護1・2・3・4・5） いいえ

担当ケアマネージャー：

利用しているサービス：

◆ご家族についてお伺いします。

- ①ご両親[父]（ ）歳 [母]（ ）歳
ご両親が亡くなられている場合（例 父 心筋梗塞により58歳 ）
②兄弟姉妹 なし あり（ 人中 番目）
③ご自身の結婚 未婚 既婚（ ）歳 離婚（ ）歳 再婚（ ）歳
④子ども なし あり（例 男13歳 女13歳： ）
⑤現在同居している方 なし あり（例 父、母、兄： ）

◆学歴についてお伺いします。

- （ ） 小学校卒業
（ ） 中学校卒業
（ ） 高等学校卒業・中退
最終学歴（ ）

◆職歴についてお伺いします。

年 齢	職 種
歳 ～ 歳	
歳 ～ 歳	
歳 ～ 歳	