

# 予診票 ①

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、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願い致します。

## ◆医療情報取得加算

- (初診時) 加算1 3点  
加算2 1点 (マイナ保険証を提示した場合)  
(再診時) 加算3 2点  
加算4 1点 (マイナ保険証を提示した場合)

記入者： 本人・その他 ( ) 記入日： 年 月 日

◆ふりがな：

◆氏 名：

◆性 別： ( 男性 ・ 女性 )

◆生年月日： ( 大正・昭和・平成・令和 ) 年 月 日 ( 歳)

◆住 所：

◆電話番号 (自宅 ) (携帯 )

## その他連絡先

◆ふりがな：

◆氏 名：

◆性 別： ( 男性 ・ 女性 )

◆続 柄： ( )

◆住 所：

◆電話番号： (自宅 ) (携帯 )

# 予診票 ②

氏名：

記入者：本人・その他（ ） 記入日： 年 月 日

◆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（ ）

◆現在、困っていることは何ですか？当てはまる項目にチェックして下さい（複数可）

眠れない 不安 気分の落ち込み やる気がでない 集中力低下

だるい 食欲がない 考えがまとまらない 身体を傷つけてしまう

興奮する 活動しすぎる いらいらする 死にたくなる

他人の視線が気になる 実際にはないものが見えたり、聞こえたりする

物忘れ ギャンブル お酒をやめられない 学校・職場の悩み その他

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

◆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？

いつ： 年 月頃から（または 歳頃から）

きっかけ：

◆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）

◆同居されている方で感染症（インフルエンザ・コロナ等）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？

いない いる（ ）

