

\* 心身の状況を的確にするためにあらかじめ下記事項の記入と項目チェックにご協力ください。

|             |            |                 |      |
|-------------|------------|-----------------|------|
| ふりがな<br>お名前 |            | 記入者             | (続柄) |
| 昭・平・令       | 年 月 日 ( 歳) | 同伴者             | (続柄) |
| 住所          | 〒          | TEL             | ( )  |
|             |            | ご本人以外の<br>緊急連絡先 | (続柄) |

1、以前に次のことを指摘されたり、現在も治療中のご病気はありますか？

高血圧 糖尿病 ぜんそく 緑内障 じんましん 甲状腺関連 てんかん  
 脳梗塞 心臓病 がん 肝臓病 腎臓病 胃・十二指腸潰瘍  
 アレルギー体質 ( ) 薬による発疹等 ( ) その他 ( )

2、今 1 番困っていることはなんですか？また、何か症状はありますか？（具体的にご記入ください。）

3、該当するものを○で囲んでください。

頭痛 ・ 吐き気 ・ ひきつけ ・ しびれ ・ ふるえ ・ 気を失った ・ 食欲がない ・ イライラする ・ 不安感  
 動悸 ・ 息が苦しい ・ 同じことを何度も繰り返す ・ 眠れない ・ 何もする気がしない ・ いっそ死んでしまいたい  
 性欲がない ・ 職場や学校に行きたくない ・ 気が重い ・ 元気が良すぎる ・ しゃべりすぎる ・ 乱暴  
 間違った行動を取ってしまう ・ 憂鬱 ・ みんながうわさをしている ・ 人が自分を変な目で見ると感じる  
 実際にはないものが見えたり聞こえたりする ・ 物忘れ ・ 周囲との間に膜がある感覚

4、いつ頃から始まりましたか？ 年 月頃から（または 歳頃から）

5、きっかけと思われるものはありますか？ ある ・ ない

ある場合の内容

6、症状のために生活に困ることは何ですか？

7、以前にこの症状で他の病院で治療を受けましたか？ 受けた ・ 受けない

受けた場合

症状・病名

病院 科に 年 月頃～ 年 月頃) ( 入院・通院 ) ( )  
 病院 科に 年 月頃～ 年 月頃) ( 入院・通院 ) ( )  
 病院 科に 年 月頃～ 年 月頃) ( 入院・通院 ) ( )  
 病院 科に 年 月頃～ 年 月頃) ( 入院・通院 ) ( )

8、現在もしくは以前にかかった主な病気や怪我はありますか？ ある ・ ない

幼児期 . . .

学童期 . . .

青年期以後 . . .

9、現在、処方されているお薬がありますか？ ある ・ ない

ある場合 (マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近 1ヶ月以内の処方薬以外は省略可能です)

[ ]

10、ご家族(親族)で心療内科・神経科・精神科に関係のある症状を持っている方や、受診された方はいますか？ いない ・ いる

いるとお答えされた方

過去 ・ 現在 (病名： ) (続柄： )

過去 ・ 現在 (病名： ) (続柄： )

過去 ・ 現在 (病名： ) (続柄： )

11、元々の性格はどんな性格ですか？ 該当するものを○で囲んでください。

内気 ・ 無口 ・ 空想的 ・ 几帳面 ・ 気が変わりやすい ・ 短気 ・ 感情的 ・ 衝動的  
 傷つきやすい ・ 気が小さい ・ 心気症 ・ 神経質 ・ 勝気 ・ こだわらない ・ 律儀  
 わがまま ・ 目立ちたがり ・ 社交的 ・ 対人関係で神経を使う ・ 依存的 ・ 付き合い下手  
 劣等感が強い ・ 仕事熱心 ・ 責任感が強い ・ 活気がある ・ 意思が強い ・ 粗暴  
 その他 ( )

12、生活史・教育について

(生まれた場所： )

(最終学校名： ) ( 卒業 ・ 在学中 ・ 中退 )

(小学生以降の成績： )

(職務歴・仕事の内容 年 月から 年 月まで ( ) )

(職務歴・仕事の内容 年 月から 年 月まで ( ) )

(職務歴・仕事の内容 年 月から 年 月まで ( ) )

(職務歴・仕事の内容 年 月から 年 月まで ( ) )

(職務歴・仕事の内容 年 月から 年 月まで ( ) )

(結婚年齢 歳) ( 恋愛 ・ お見合い ・ どちらともいえない ・ 未婚 ・ 離婚 )

現在はどなたと生活をされていますか？ ( )

趣味 ( )

嗜好品 (タバコ: 吸う 1日 本 ・ 吸わない ・ 禁煙している)

(お酒: 飲む を1日 ml ・ 飲まない ・ やめている)

(身長: cm) (体重: kg)

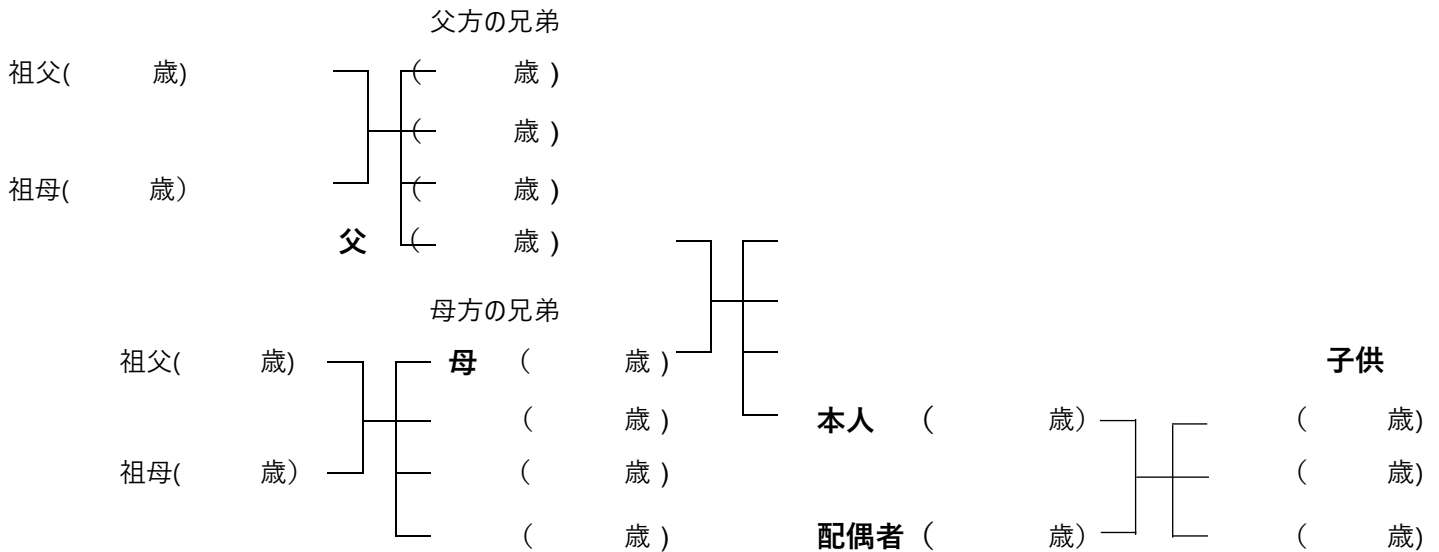
最近、急な体重の増減がありましたか? はい ・ いいえ

13、女性の方のみ

月経 規則的 ・ 不規則 ・ 閉経 ( 歳)

現在妊娠をしていますか? はい (妊娠 ヶ月) ・ いいえ ・ 可能性がある

14、本人を中心に家族構成を書いてください。(わかる範囲で結構です。)



15、他の医療機関からの紹介状を持っていますか? はい ・ いいえ

16、これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか?

原因となったもの、症状等

[ ]

17、マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? はい ・ いいえ

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、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)