

初診時間診票

令和 年 月 日

お名前		記入者	本人・他者	本人との関係
-----	--	-----	-------	--------

① 本人の意思で受診しましたか？ はい ・ いいえ

② 来院の目的は？ 通院 ・ 入院 ・ 相談 ・ デイケア ・ リワーク

③ マイナ保険証をお持ちの方はマイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？
はい ・ いいえ

④ 診療情報提供書(紹介状)をお持ちですか？ はい ・ いいえ

⑤ 現在困っている事、悩んでいる事など当てはまるものにチェックしてください。
眠れない 食欲がない 気分が落ち込む 不安を感じる
いらいらが強い もの忘れが増えた
そこにいないはずの人の声や物音が聞こえる または 実際に見える
死にたいと思う、死のうと考えている
その他()

⑥ それはいつ頃からですか？ _____ 年 _____ 月頃から

⑦ 何かきっかけは思いあたりますか？
ない・ある(_____)

⑧ 今までに他の精神科にかかったことはありますか？ ない ・ ある

⑨ ⑧で「ある」とお答えになった方、これまでの通院・入院の時期をお書きください。

診断名: _____ 医療機関名 _____ 通院・入院 _____ 年 月～ _____ 年 月頃

診断名: _____ 医療機関名 _____ 通院・入院 _____ 年 月～ _____ 年 月頃

診断名: _____ 医療機関名 _____ 通院・入院 _____ 年 月～ _____ 年 月頃

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供を努めています。

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ください。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) マイナ保険使用2点 マイナ保険未使用4点

⑩ 今までに精神科以外でかかった大きな病気や、現在治療中の病気はありますか？

ない ・ ある

● _____ 歳～ _____ 病名(_____) 治療中である

● _____ 歳～ _____ 病名(_____) 治療中である

● _____ 歳～ _____ 病名(_____) 治療中である

⑪ 現在、処方されている薬はありますか？
ない・ある(_____)

⑫ アレルギーはありますか？また今までに薬を飲んで副作用が出たことはありますか？
ある方は、その薬剤名と症状をお書きください。
アレルギー: ない・ある 食べ物(_____)お薬(_____)
副作用: ない・ある 薬剤名(_____)症状(_____)

⑬ 家族(親族)で精神科に入院・通院したことがある方が、いらっしゃいますか？
ない・ある(続柄: _____ 病名: _____ 入院・通院)

⑭ 診察の参考のために以下のことをお書きください。また当てはまるものにチェックしてください。
1) 職業、職種、従事期間(_____)
2) 最終学歴 中学 高校 専門学校 短大 大学 大学院
3) 宗教(_____)
4) 同居している家族構成(_____)
5) 性格(ご自分でみた場合でも、人から言われている場合でも結構です)

6) 嗜好品とその量 酒: _____ ml 煙草: _____ 本/日 その他 _____

7) 睡眠、食欲、便通の状態 睡眠 良・不良 食欲 良・不良 便通 良・不良

8) 月経: 順調 ・ 不順 現在 妊娠・授乳 初潮: _____ 歳頃 閉経: _____ 歳頃

9) 身長 _____ cm 体重 _____ kg ※最近、体重の減少や増加はありましたか？

10) その他、とくに知っておいて欲しいことがあればお書き下さい。 ない ・ ある
(_____)

この一年間で特定検診もしくは高齢者検診を受けられましたか？

(マイナ保険証による情報取得に同意された方は回答不要) はい ・ いいえ