初診時予診用紙

令和　　年　　月　　日

患者名		記入者		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、悩んでいる事は何ですか？（具体的にどんな症状、状態のため診察を受けたいかお書き下さい。）

⑥ それはいつ頃からですか？

⑦ そのために社会生活上困ることがありますか？

⑧ 何かきっかけは思いあたりますか？

⑨ 今までに他の精神科にかかったことがありますか？　　あ る　・　な い

⑩ ⑨で”ある”とお答えになった方。これまでの通院歴、入院歴をお書き下さい。

⑪ 精神科以外でかかった病気、現在治療中の病気はありますか？
幼児期
学童期
青年期以降
現在

⑫ 現在、処方されている薬はありますか？

⑬ 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あらわれたことがありますか？ある方はその薬剤名と症状をお書きください。

⑭ 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

⑮ 家族（親族）で精神科に入院・通院したことのあるかたが、いらっしゃればお書きください。

⑯ 診察の参考のために以下のことをお書き下さい。

1） 職業、職種とその従事期間
職業、職種
従事期間

2） 最終学歴および成績
最終学歴
成績

3） 宗教

4） 同居している家族の構成

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 ＿＿＿＿＿　煙草＿＿＿＿＿　その他 ＿＿＿＿＿

7） 睡眠、食欲、便通の状態
睡眠 ＿＿＿＿＿　食欲＿＿＿＿＿　便通 ＿＿＿＿＿

8） 月経　順調 ・ 不順 ・ 現在妊娠中 ・ 現在授乳中
初潮＿＿＿＿才　閉経 ＿＿＿＿才

9） 身長 ＿＿＿＿cm　体重 ＿＿＿＿kg

10）その他とくに知っておいてほしいことをお書き下さい。

※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