

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 | |
| 氏名 | | | 続柄 |
| 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 | |