鶴見メンタルクリニック・問診票

まずは下記の問診票にご記入ください。
ご記入いただいた個人情報は当院での診療に関してのみ使用いたします。
同意なく第三者に開示、情報の漏洩をすることはしませんが、書ける範囲で結構です。

記入日　2023年＿＿＿＿月＿＿＿＿日
記入者　本人　・　その他（＿＿＿＿＿＿＿）

ふりがな

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男　・　女

生年月日　　昭和　・　平成　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日生＿＿＿＿歳

〒＿＿＿＿＿＿ご住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先［自宅・携帯］＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿緊急連絡先［自宅・携帯］＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

身長＿＿＿＿ cm　　体重＿＿＿＿kg　　利き手　右　・　左

01. 今日はどうされましたか？
＿＿＿＿年＿＿＿＿月頃から

※書ききれない場合には裏面の余白にお書きください

02. 本日紹介状はお持ちですか？　　①　いいえ　②　はい　（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

03. 今までに精神科・心療内科の受信はありますか？
①　ない　②　ある　＿＿＿＿年＿＿＿＿月

04. 他の医療機関に通院していますか？
①　いいえ　②　はい　（病院名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

05. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？
①　同意した　②　同意していない

06. この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診しましたか？
①　受診した　②　受診していない

07. 障害者手帳または、自立支援医療受給者証をお持ちですか？
①　障害者手帳　②　自立支援医療受給者証　③　両方持っていない

08. 今日の来院をご家族や友人に勤務先の方などにお話しされていますか？
①　いいえ　②　はい　（ 誰に　；＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

09. 現在服薬中の薬はありますか？　※ お薬手帳があれば受付にお出しください
①　ない　②　ある　薬の名前（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

※裏面、二枚目にもご記入ください。

10. これまでに大きな病気に掛かったことがありますか？　①　いいえ　②　はい

※ はいを選んだ方は当てはまるものに〇を付けてください

喘息 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 肺炎 ・ 高血圧 ・ 痛風 ・ 虫垂炎 ・ 前立腺肥大

梅毒 ・ 結核 ・ けいれん ・ 失神 ・ 頭部外傷 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 緑内障 ・ 白内障

癌（　　）・その他（　　）

11. 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？

①　ない　　②　ある（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

12. お酒（アルコール）は飲みますか？

①　いいえ　　②　はい.....主な種類（＿＿＿＿＿＿＿）　1日　（＿＿＿ml）

13. タバコは吸いますか？　①　吸わない　②　吸う　（　月に＿＿箱　平均1日＿＿本）

14. ※女性のみ　現在、妊娠中又は授乳中であるか　①　はい　②　いいえ

15. ご家族について教えてください

(1) 父は＿＿＿歳で　健在　・　死去　母は＿＿＿歳で　健在　・　死去

(2) 兄弟姉妹は　自分を含めて＿＿＿人（自分は＿＿＿番目）

(3) 配偶者　いない（未婚　・　離別　・　死別）　/　いる（＿＿＿歳　職業＿＿＿＿＿＿）

(4) 子供　いない　/　いる（男　・　女）＿＿歳、　男　・　女　＿＿歳、　男　・　女

16. 現在のお住まいに同居者はいますか？　①　いいえ　②　はい　（誰と；＿＿＿＿＿＿＿＿）

17. 家族のなかに精神疾患をお持ちの方はいますか？

①　いない　②　いる（誰、分かれば病名；＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

18. 生まれ育った市町村を教えてください（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

19. 最終学歴を教えてください（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

20. 現在のお仕事について教えてください

(1) 会社員 (2) 自営業 (3) 派遣・契約社員 (4) パートタイマー (5) 作業所・デイケアなどの通所中

(6) 専業主婦 (7) 学生 (8) 定年退職後 (9) 無職/就労希望あり (10) 無職/就労希望なし

21. 性格で当てはまると思う項目を教えてください

(1) 外交的 (2) 内向的 (3) 悲観的 (4) 楽観的 (5) のんき (6) 短気 (7) おおざっぱ (8) 神経質 (9) 几帳面

(10) 真面目 (11) 依存的 (12) 積極的 (13) 社交的 (14) 非社交的

22. 当院をどちらでお知りになりましたか？

(1) インターネット (2) 看板 (3) 市役所 (4) 知人 (5) 他院の紹介（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

(6) その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

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、マイナ保険証のご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
マイナ保険証を利用しない場合・・・初診時　加算1　4点（6点）、（再診時　加算3　2点（1ヶ月に1回）
マイナ保険証を利用する場合・・・初診時　加算2　2点
（　）は令和5年4月～12月の特例措置による加算点数となります。