

年 月 日

ふりがな
氏名： _____ 性別： 男 ・ 女 年齢： _____ 歳

生年月日： S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 ご職業： 学生 会社員 自営業 無職
主婦 専門職 その他 (_____)

〒 _____
住所： _____

電話： _____ 携帯電話： _____

○家族構成についてご記入ください

あなたとの関係	名前	年齢(学年)	職業	同居
例)妻	花子	35歳	事務	○

○今日相談したいことは何ですか？具体的にお書きください。

(いつ頃から、どのような症状があった…等)

○アレルギーと言われたことはありますか？

はい (_____)

いいえ

○今までに大きな病気にかかったことはありますか？

はい (_____)

いいえ

○現在、服薬や治療中の症状があれば教えてください

はい (_____) いいえ

マイナ保険証による情報提供取得に同意した方については、直近1カ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能

○ご家族の中に精神科・心療内科に

かかれたことのある方はいますか？

はい (_____) いいえ

○現在、下記の症状があれば✓してください

- 糖尿病 甲状腺機能異常
- 高血圧 循環器疾患 (心筋梗塞など)
- てんかん 高脂血症 妊娠中
- 身長 _____ cm 体重 _____ kg

○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？

(マイナ保険証での情報取得に同意した方については記載を省略可能)

はい いいえ

(受診時期： 月 日 指摘事項： _____)

○現在のお仕事や生活の状況を教えてください。

- 毎日出社 遅刻・早退が多い
- 時々休む 週に数回外出している
- 家にいることが多い (_____ 歳頃から)

○これまでに精神科、心療内科、療育機関、

相談機関などにご相談されたことはありますか？

病院・機関名	年齢	相談内容

○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

○どのようにして当クリニックをお知りになりましたか？

○本日受診することを家族にどのように説明しましたか？

○当クリニックにどのようなことを希望されますか？

- 診断 検査
- 対応について 今後について
- その他(_____)

青年期

6) 高校について教えてください。 高校名: _____ 卒業 中途退学
全日制 単位制 通信制 途中で編入あり
 出席状況: 問題なし 時々休む 不登校(期間: _____) いじめや孤立: なし あり
 部活:(_____)部 成績:上位 中位 下位 停学や出席停止

7) 高校卒業後に教育(大学、専門学校)を受けましたか、または現在受けていますか?

学校名	専攻	期間	卒業の状況
例)パークサイド大学	経済学	H20年4月~H25年9月	退学

8) 学生生活の中で困ったことやうまくいかないと感じることがありましたか?

いいえ はい → どのようなことか下記に記入してください。

職歴

1) これまでどのような仕事をしましたか?

仕事	職務内容	期間	辞めた理由
例)パークサイド会社	事務職	H26年4月~H27年3月	人間関係

2) 職場や社会生活の中で困ったことやうまくいかないと感じることがありましたか?

いいえ はい → どのようなことか下記に記入してください。

1) 結婚したことがありますか? いいえ はい → いつ頃(_____)

2) 下記のものを摂取していますか?

たばこ(1日 _____ 本) アルコール(1日 _____)

3) あなたのこれからの治療に協力してくれる人はいますか?

いいえ はい → それは誰ですか?(_____)

マイナ保険証を持参されますか?

※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。

いいえ

はい → マイナ保険証による診療情報提供取得について同意しますか? はい いいえ

◆マイナンバーカードにより保険資格確認は始まっていますが、**今まで通り保険証を持参してください**

- 政府の資格確認ネットワークシステムはまだ不安定です。保険証がなければ資格確認できないこともあるため、これまでの保険証をご持参ください。
- マイナンバーカードには公費負担医療の受給者証情報等は 現在反映されていません。これまで通り持参していただくことが必要です。
- マイナンバーカードの取得は任意です。

※問診票はここまでです。記入漏れがないかご確認ください。