

再来新患 問診票

年 月 日

ふりがな
氏名：

生年月日：S・H 年 月 日

〒 _____

住所：

性別：男・女 年齢：歳

ご所属：

電話：

携帯電話：

○現在一緒に住む人をご記入ください

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	○

○ご相談したいことを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)

○前回の受診はどういった理由で途絶えましたか？

- 転居のため
- 「困った時に来てください」と言われた
- 安定したので受診しなくなった
- 行きたくなくなった
理由を教えてください
()
- その他
()

□ 毎日登校・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)

○当院を受診後に精神科、心療内科、

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

○現在利用している福祉サービス(放課後等ディ、就労移行等)

がありましたらご記入ください。

[]

○今回の受診では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()

◆令和7年12月2日より従来の保険証は使用出来ません。
マイナ保険証と資格情報のお知らせ、または資格確認書を忘れずにご持参ください。なお、当院ではスマホでの保険証の対応は行っておりません。

○マイナ保険証による診療情報提供取得に同意しますか？

- いいえ
- はい

※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。

○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
- 妊娠している

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：)

以上で終わりです。ご記入ありがとうございました。

パークサイドこころの発達クリニック