

初診時／再初診時間診票

フリガナ			昭和	年	月	日
お名前			平成	年	月	日
			令和	年	月	日
住所	〒 -					
連絡先	自宅：		携帯：		(続柄)	
性別	男・女	身長	cm	体重	kg	

※ご本人、あるいはご本人の様子がよくお分かりになる方がご記入ください。

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか。

同意する 同意しない

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致します。

①受診された理由をお書きください（いつからどのような症状があるかなど）

②あてはまる症状にチェックをつけてください

- アルコールの問題での受診 ギャンブルがやめられない 薬物がやめられない
- 眠れない 気分が落ち込む イライラする 食欲がない 不安になる
- 泣きたくなる 周りのことが気になる 何かが聞こえてくる 何かが見える
- 何もする気がしない あることが気になってしょうがない 死ねたらと思う

③当院（各務原病院）をどの様に知りましたか。

- 精神科医療機関からの紹介 精神科以外の医療機関からの紹介
- 看板・電柱看板を見て インターネットの検索で
- 知人から聞いて 以前受診していた その他

④医療機関からの紹介の方のみご記入ください。どこの医療機関からの紹介ですか。

⑤お薬や食べ物が原因で、発疹や肝障害などのアレルギーを起こしたことはありますか。

- なし あり

薬剤や食品名をご記入ください

⑥いままで治療された身体のご病気、手術歴などについて

現在治療中の病気や過去に大きな病気や手術を受けたことがありますか。

- なし あり

病名

現在内服中のお薬はありますか。

- なし あり

薬剤名

⑦これまで、心療内科や精神科などを受診されたことはありますか。

ない ある

(年 月～ 年 月まで 医療機関名： 入院 外来)

(年 月～ 年 月まで 医療機関名： 入院 外来)

(年 月～ 年 月まで 医療機関名： 入院 外来)

現在通院中ですか。 はい いいえ

⑧生育歴・教育歴・職業歴についておうかがいします。

出生地

(都道府県名)

最終学歴

中学校 高校 専門学校 大学 大学院

卒業 在学中 中退

現在のご職業

(例：会社員、無職)

⑨ご家族についておうかがいします。

両親はご健在ですか はい いいえ (父のみ健在 母のみ健在)

兄弟姉妹はいますか なし あり () 人中 (番目)

子供はいますか なし あり (人)

結婚歴 未婚 既婚 離婚

現在同居の方 祖母 祖父 配偶者 父 母

子供 その他 ()

⑩飲酒やたばこなど嗜好についておうかがいします。

喫煙 なし

現在も喫煙あり () 歳から一日約 () 本吸っている

過去喫煙歴あり () 歳～ () 歳まで喫煙していた

シンナー・覚せい剤・大麻・LSD・MDMAなどの薬物の使用歴

なし

あり (使用薬物名)

飲酒 ほとんど飲まない

機会があれば飲む

毎日飲む 一日あたり (酒名) を () 本

ギャンブル ほとんどしない

過去1ヵ月以内にはしていないが以前はしていた

ほぼ毎日ギャンブルをしている (ギャンブル名)

ご不明な点等ございましたら看護師にお尋ねください

ご協力ありがとうございました。お疲れ様でした。