

記入日 年 月 日

フリガナ		男	生年月日			
氏名		・	大・昭・平	年	月	日
		女				
住所	〒 ー					
電話番号	(自宅)			(携帯)		
緊急連絡先	(氏名)		(続柄)		(電話番号)	
(1) 本日は、どなたと受診されましたか？ 同伴者の方： お名前 続柄 連絡先						
(2) 当院をどちらでお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 病院からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他()						
(3) 他の医療機関からの紹介状をお持ちになりましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
(4) 下記に当てはまる症状が有りましたら○を、一番困っている症状には◎を記入してください。 ・夜眠れない ・イライラする ・集中力がない ・食欲がない ・気持ちが沈む ・意欲が出ない ・心配事がある ・頭が痛い ・暴力的になる ・お酒を飲み過ぎる ・物が盗まれると話す ・現実に無いことを言う ・独り言を言う ・物忘れがある ・その他()						
(5) 症状は、いつ頃からですか？不調となるきっかけはありましたか？						
(6) 精神科に通ったことはありますか？ある場合は記入してください。 いつ頃： 通院場所：						
(7) 内科または他の病院に通院していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(例：糖尿病，高血圧) 通院先がある場合は病名，病院名を記入してください。 病院名： 病名： 病院名： 病名：						
(8) これまでに大きな病気にかかったことはありますか？(入院や手術を要する病気など) 病院名： 病名： 時期： 治療内容：						
(9) 現在、服用している薬はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
(10) 生まれてから今までについて当てはまる箇所にチェックを付けてください。 ・生まれたとき… <input type="checkbox"/> 未熟児 <input type="checkbox"/> 発達の遅れ <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> その他 ・学童時… <input type="checkbox"/> 不登校 <input type="checkbox"/> ひきこもり <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> その他 ・最終学歴… <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 専門学校						
(11) 喫煙，飲酒について教えてください。 ・喫煙… <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(本/日 × 年間) ・飲酒… <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(週 日) 量()						

裏面もお願いします→

<p>(12)睡眠, 食欲について教えてください。</p> <p>・睡眠・・・睡眠の平均時間()時間 <input type="checkbox"/>寝付きが悪い <input type="checkbox"/>途中で目が覚める <input type="checkbox"/>熟睡間がない <input type="checkbox"/>目覚めが早い</p> <p>・食欲・・・ <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない</p> <p>・体重変化・・・<input type="checkbox"/>問題なし <input type="checkbox"/>減っている <input type="checkbox"/>増えている</p>
<p>(13)ご家族について</p> <p>・父は <input type="checkbox"/>健在 <input type="checkbox"/>死去 , 母は <input type="checkbox"/>健在 <input type="checkbox"/>死去</p> <p>・兄弟姉妹()人) 本人は()番目)</p> <p>・配偶者 <input type="checkbox"/>いる <input type="checkbox"/>居ない ・子供 <input type="checkbox"/>いる <input type="checkbox"/>居ない</p> <p>・いま一緒に住んでいる方は誰ですか? ()</p> <p>・血縁者で精神科にかかっている方はいますか? <input type="checkbox"/>居ない <input type="checkbox"/>いる()</p>
<p>(14)この1年間で特定健診などの検診を受けましたか?</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい(時期:) 指摘事項:)</p>
<p>(15)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?</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい(時期:) 原因:)</p>
<p>(16)現在、妊娠中または授乳中ですか? *女性のみ</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい(妊娠週数:) 週目)</p>
<p>(17)介護保険を申請していますか? <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>「はい」と答えた方→介護度(), 委託介護支援事業所名()</p> <p>担当ケアマネ(事業所名:), お名前:)</p>
<p>(18)福祉サービスを利用していますか? <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>「はい」と答えた方→サービス内容()</p>
<p>(19)書類の作成をご希望ですか? <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p><input type="checkbox"/>自立支援医療用診断書 <input type="checkbox"/>精神障害者保健福祉手帳用診断書 <input type="checkbox"/>精神障害年金診断書</p> <p><input type="checkbox"/>介護保険主治医意見書 <input type="checkbox"/>障害区分医師意見書</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>(20)マイナ保健証による診療情報取得に同意しますか? <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>* 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。 当院は医療情報・システム基盤整備体制充実加算が算定可能な病院です。</p> </div>

記入が済みましたら外来窓口までお持ち下さい。ご協力ありがとうございました。