

宇品神田クリニック問診票

記入日： 年 月 日

| | | | | |
|----------------------------|-----|---------------------------------------|---|---|
| 記入される方： | | 続柄(本人・その他：) | | |
| 受 診 さ れ る 方 | 氏名： | 生年月日： 和暦 T・S・H・R 年 西暦 年 月 日(歳) | | |
| | 男・女 | — | — | — |
| | 住所： | 〒 | — | — |
| TEL | — | — | — | — |

以下の項目について、わかる範囲で記載をお願いいたします。

※個人情報保護法を遵守し、情報は厳重に管理いたします。

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 加算 1 点

当院をどこでお知りになりましたか？

- 家族、知り合いに聞いた。
- インターネット
- タウンページ、その他広告
- 直接見て知っていた
- その他 ()

現在、精神科や心療内科に通院していますか？

- いいえ
- はい (どちら：) に (いつから：)

これまで、精神科や心療内科に通院していたことがありますか？

- いいえ
- はい (どちら：) に (いつからいつまで：)

これまで薬や食品でアレルギーを起こしたことがありますか？

ある場合は原因となったもの：

1. お困りの症状・問題についてお伺いします。

1) 今日の受診は、どなたの希望で、あるいはどなたに勧められていらっしゃいましたか？

患者さんご本人 ご本人以外 () 例：母、学校、職場検診、など

2) 相談の内容をご自由にご記入ください

例：最近やる気がせず、気分が落ち込んでしまう。

例：自分は気にしていないが、家族から〇〇だと言われた。

3) 2)で記入された症状はいつ頃からありますか。

年 月ごろ () 歳ごろから

その時から本日までの症状の変化や、きっかけになるような出来事があれば、お書き下さい。

例：最初は良くなったりまた悪くなったりしていたが、この2か月は次第に悪くなっている。

例：〇か月前に引っ越しをして、慣れない土地に来た。それ以来症状は少しずつ悪くなっている。

2. 当院で治療するにあたり希望することなどあれば、ご自由にお書き下さい。

薬についての希望があればあわせて教えてください。(薬が欲しい・ほしくない、飲み薬がいい、貼り薬がいい、詳しい話を聞きたい、難しい話はしてほしくない、漢方薬がいい、など)

ご記入ありがとうございました。