

# 問診票

ふりがな

名前： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 性別：男・女・その他

〒

住所： \_\_\_\_\_ 電話番号：( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

◆ お困りのことはどのようなことですか？

◆ 症状が出始めたのはいつ頃ですか？

( \_\_\_\_\_ 頃から )

◆ 思い当たるきっかけはありますか？

ある  ない

→ある方、具体的にはどのようなことですか？

( \_\_\_\_\_ )

◆ 今つらいことはどのようなことですか？（複数回答可）

- |                                 |                                    |                                      |                                       |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> よく眠れない | <input type="checkbox"/> 息が苦しくなる   | <input type="checkbox"/> 気持ちが焦りやすい   | <input type="checkbox"/> 不安感          |
| <input type="checkbox"/> 疲れやすい  | <input type="checkbox"/> 気持ちが落ち込む  | <input type="checkbox"/> 朝起きるのがつらい   | <input type="checkbox"/> 涙もろい         |
| <input type="checkbox"/> 体がだるい  | <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない | <input type="checkbox"/> 元気がよすぎる     | <input type="checkbox"/> 怒りっぽい        |
| <input type="checkbox"/> 気力がない  | <input type="checkbox"/> 集中力がなくなった | <input type="checkbox"/> 手足の震え・しびれ   | <input type="checkbox"/> 飽きっぽい        |
| <input type="checkbox"/> 噂されている | <input type="checkbox"/> ないものが見える  | <input type="checkbox"/> 気を失う        | <input type="checkbox"/> 自分だけのけ者にされる  |
| <input type="checkbox"/> いらいらする | <input type="checkbox"/> 胸がドキドキする  | <input type="checkbox"/> 舌がうまく回らない   | <input type="checkbox"/> よく涙が出るようになった |
| <input type="checkbox"/> 独り言を言う | <input type="checkbox"/> ひたり笑いがある  | <input type="checkbox"/> いない人の声が聞こえる | <input type="checkbox"/> 悪口を言われる      |
| <input type="checkbox"/> ひきつけ   | <input type="checkbox"/> 仕事をする気がない | <input type="checkbox"/> わざと意地悪される   | <input type="checkbox"/> 周囲が変わった様に感じる |

◆ 受診は本人希望ですか？

はい  その他 ( \_\_\_\_\_ )

◆ 食欲はありますか？

ある  ない

◆ 体重の変動はありますか？

ある  ない

→あるの方、ここ \_\_\_\_\_ ヶ月で \_\_\_\_\_ kg の (増加・減少)

うらへー

- ◆ 夜はよく眠れていますか？  はい  いいえ
- ◆ これまで精神科・心療内科を受診したことはありますか？  はい  いいえ

(入院・外来)

病名： 　　いつから： 　　医療機関名：

(入院・外来)

病名： 　　いつから： 　　医療機関名：

- ◆ 現在通院中ですか？

はい  いいえ

病名 ( ) 内服薬 ( )

- ◆ 既往歴について

・緑内障 (ある・ない) 　　・前立腺肥大 (ある・ない)

- ◆ 血のつながったご親族に精神科・心療内科受診歴のある方はいますか？

親族 ( ) 病名 ( ) 医療機関名 ( )

親族 ( ) 病名 ( ) 医療機関名 ( )

- ◆ アレルギーはありますか？  ある  ない

### ご案内

- ・予約時間の5分前までには、受付していただくようお願いいたします。
- ・15分以上遅れられた場合、キャンセルとなります。
- ・連絡なしに受診されないことが2回あった場合、予約をお取りできなくなります。
- ・当日キャンセルが続く場合、今後予約をお取りできないことがあります。

上記の内容について理解し、全てに同意いたします。 令和 年 月 日

同伴者様ご署名 \_\_\_\_\_ ご本人様ご署名 \_\_\_\_\_

### 診療報酬改定について

#### ■医療情報取得加算

(初診時) 従来の保険証を利用した場合→3点 マイナ保険証を利用した場合→1点

(再診時) 従来の保険証を利用した場合→2点 マイナ保険証を利用した場合→1点

#### ■医療DX推進体制整備加算 初診時、月1回に限り8点