

受診日： 2025 年 月 日

問診票

ふりがな

昭和・平成

名前： _____ 生年月日： _____ 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"/> ひとり笑いがある | <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

→ある方、ここ _____ ヶ月で _____ kg の (増加・減少)

うらへ→

- ◆ 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 1点 (再診→3ヶ月に1回に限る)
- 医療DX推進体制整備加算 11点 (初診時、月1回に限る)

当院では医療DXを通じ質の高い医療提供を目指し取り組んでいます