

五十嵐こころのクリニック問診票 (保険証返却サイン R / 名前)

氏名 () 身長 _____ cm 体重 _____ kg

住所 (〒 -)
(府・県 市・町・村・郡)

電話番号 (- -) 携帯 (- -)

※ 緊急時、予約の変更等でご連絡させていただく事があります。必ず連絡のつく電話番号をお書き下さい (ご実家等)

クリニックの名前をお家の方に名乗ってお電話してもよろしいですか? (はい・いいえ)

※ いいえの方には、スタッフ個人名でお電話させていただきます

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 性別 男・女 (歳) 職業 ()

* マイナ保険証による情報取得に同意しましたか? → (はい・いいえ)

* 他の医療機関から紹介状はお持ちですか? → (はい・いいえ)

* この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか? → (はい・いいえ)

(受診時期: 指摘事項:)

* 本日はどんな相談で来られましたか?

・特に一番困っていること(症状)をお書きください⇒()

* それはいつ頃からですか? () (日・週間・ヶ月・年)前から
何か思い当たるきっかけは? → ない・ある ()

* ご家族・ご親族で同じような症状の方はいますか? いいえ・はい → どなたでしょうか?
()

* 今まで、心療内科や精神科で治療を受けておられましたか? いいえ・はい
(病院名:)

* 今までに大きい病気をしたことがありますか? いいえ・はい
(歳頃、病名:)

* 他にかけた病気はありますか? いいえ・はい → 肝臓病 糖尿病 腎臓病 心臓病 高血圧
(○をつけて下さい)
その他 ()

* 現在も治療中ですか? いいえ・はい
(病院名:)

* 飲み薬や注射、食品などで発疹(ぶつぶつ)が出たり、ショックをおこしたことがありますか?
いいえ・はい → いつ頃ですか ()
どんな薬ですか 風邪薬 ・ 痛み止め ・ 抗生物質 ・ 食品
名前がわかれば書いて下さい ()

* (女性のみ) 現在、妊娠していますか? いいえ・はい → 妊娠 () ヶ月
妊娠の可能性がある

※裏面もご記入ください

* 下の項目に○をつけて下さい

- ・睡眠 → 普通 ・ 不眠がち (寝つきが悪い ・ 夜中に目がさめる ・ 早朝に目がさめる)
- ・食欲 → あまりない ・ 普通 ・ ありすぎる
- ・酒類 → 飲まない ・ 週 () 回ぐらい ・ 毎日飲む
- ・コーヒー ・ 紅茶 () 杯/日)
- ・タバコ → 吸わない ・ 吸う () 本/日)
- ・便秘 → 一日 () 回 ・ 便秘がち (1回/) 日)
- ・生理 (女性のみ) → 順調 ・ 不調 ・ 生理痛あり

※ご家族の構成についてお書き下さい

父 () 歳 生・死 職業 ()

母 () 歳 生・死 職業 ()

兄弟 (姉妹) は () 人で () 番目)

配偶者 あり → () 歳 職業 ()

なし → (未婚 離婚)

子供 () 人 → 年齢 () 歳 男 ・ 女) () 歳 男 ・ 女) () 歳 男 ・ 女)

現在ほどなたと同居されていますか? ()

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)

医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算 1 : 6 点 加算 2 : 2 点(マイナ保険証を利用した場合)

ありがとうございました。

*お尋ねした個人情報は診療の目的以外では使用いたしません。また部外にこの情報を漏らすことはございません。