

# 初診時間診票

\* 診察、診療を行うために大切な事柄です。

個人情報適切に管理しておりますので安心してご記入ください。

当院は診療情報を取得し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。

○医療情報取得加算 (初診時)

1点

○医療情報取得加算 (再診時)

1点 (3ヶ月に1回)

マイナ保険証をご利用の方へ 診療情報の提供に同意されましたか？	<input type="checkbox"/> 同意していない	<input type="checkbox"/> 同意した
------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

ご記入日 年 月 日

フリガナ		身長・体重	cm	kg
氏名		生年月日 (西暦)	年 月 日	歳
住所 〒		日中連絡がとれる電話番号	①( ) : ②( ) :	

どのようなことでお困りですか？ (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 体重が減った <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> イライラ <input type="checkbox"/> 憂うつ <input type="checkbox"/> 食欲亢進 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 立ちくらみ <input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 眠りすぎる <input type="checkbox"/> 過度な緊張 <input type="checkbox"/> 恐怖 <input type="checkbox"/> 視線が気になる <input type="checkbox"/> 根気がない <input type="checkbox"/> 意欲がない <input type="checkbox"/> 集中できない <input type="checkbox"/> 些細なことが気になる <input type="checkbox"/> 気分が波がある <input type="checkbox"/> 決断できない <input type="checkbox"/> 自信がない <input type="checkbox"/> 死にたい気持ちがある <input type="checkbox"/> 性欲が落ちた <input type="checkbox"/> 性の悩み <input type="checkbox"/> その他 ( )
----------------------------	--

いつ頃からですか？	年 月頃
-----------	------

現在、通院中の医療機関はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	病院名： 治療内容：
--------------------	---	------------

これまでに精神科、心療内科にかかったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	病院名： いつ頃：
-----------------------------	---	-----------

当院をどこでお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 知人の紹介 ( ) <input type="checkbox"/> 家族の紹介 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------------------	--

紹介状はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<small>診療情報の提供に同意された方は直近1ヶ月の処方薬についてご記入ください。それ以外は省略可能です。</small> <small>↓ お薬手帳をお持ちの方も省略可能です。</small>
------------	---	--

飲んでいるお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	薬品名： 投薬期間：
----------------	---	------------

アレルギーが出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	薬品： 症状： 食品など：
-------------------	---	------------------

この1年間で健診を受けましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 高齢者健診 <small>* 診療情報の提供に同意された方は記載を省略可能です。</small>
------------------	---	---

本人、血族の方でこれまでににかかったことのある病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<small>* カッコ内に「本人」または血族の方の「続柄」をご記入ください。</small> <input type="checkbox"/> 脳卒中 ( ) <input type="checkbox"/> 高血圧 ( ) <input type="checkbox"/> 心疾患 ( ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 ( ) <input type="checkbox"/> 痛風 ( ) <input type="checkbox"/> がん ( ) <input type="checkbox"/> 肝臓病 ( ) <input type="checkbox"/> 精神疾患 ( ) <input type="checkbox"/> 細菌感染 ( ) <input type="checkbox"/> 入院や手術を必要とする病気やケガ(本人) 病名： 病院名：  いつ頃： 治療内容：
----------------------------------	---	--

裏面もご記入ください。

感染症はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他    病名：					
分子栄養療法を希望しますか？	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する      不調の原因には栄養不足が潜んでいることがあります。 まず問診情報と血液検査データから栄養状態を解析します。 その結果をもとに必要に応じて食事の変更などを提案し、 不足している栄養の補充を図ります。 3～6ヶ月で効果判定を行う科学的な治療法です。 (栄養に関する問診票がございます。)					
アルコールを飲みますか？	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む      (                  合・mL/日)					
タバコを吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(                  本/日                  年間) <input type="checkbox"/> やめた					
女性の方へ	初潮 (                  歳 ) 最終生理 (                  月                  日 ~                  日間 )      閉経 (                  歳 ) 生理痛 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 生理不順 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (                  ) 生理前気分変動 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (                  週目 ) 授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい					
ご自身の性格について当てはまると思うものを選んでください。(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 明朗 <input type="checkbox"/> 陰うつ <input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 引っ込み思案 <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 大雑把 <input type="checkbox"/> 孤立的 <input type="checkbox"/> 連帯的 <input type="checkbox"/> 真面目 <input type="checkbox"/> 不真面目 <input type="checkbox"/> 完璧主義 <input type="checkbox"/> 適当 <input type="checkbox"/> 自己中心的 <input type="checkbox"/> 責任感が強い <input type="checkbox"/> 頑張りや <input type="checkbox"/> 怠け者 <input type="checkbox"/> 負けず嫌い <input type="checkbox"/> 諦めやすい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 奇抜 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 温和 <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> にぎやか <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 柔軟 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> ずぼら <input type="checkbox"/> その他 (                  )					
趣味や特技があれば教えてください。	趣味；					
結婚について	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 既婚      歳 <input type="checkbox"/> 別 ( 生      歳 ・ 死      歳 ) <input type="checkbox"/> 再婚      歳					
職業や学校のことを教えてください。習い事など	学校名		成績		部活	
小学校			上・中・下			
中学校			上・中・下			
高校			上・中・下			
大学など			上・中・下			
就職先						
職業(現在)						
ご家族のことを教えてください。	お名前		年齢		出身地	
父						
母						
兄弟姉妹						
配偶者						
子ども						

福祉サービスの利用、医療費、年金などの相談もお受けしております。お気軽にご相談ください。