

初診問診票（成人用）

記入日 年 月 日

代筆の場合は記入者の名前もご記入ください：代筆記入者名：

続柄：

フリガナ 氏名		性別	男 女 回答しない
住所	〒	生年月日 年齢	昭和・平成・令和 年 月 日生 現在 歳
電話番号	(自宅) (携帯)	クリニックから連絡を入れる際、 どちらにご連絡すればよろしいでしょうか。 自宅 携帯 両方可	
緊急連絡先	(お名前) (ご本人との関係) (連絡先)	連絡の際にクリニックの名前を 出してもかまいませんか？ はい・いいえ	

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おります。

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1：4点、加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）

●マイナンバーカードの保険証での受診の方にお尋ねします

あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されますか？

同意する 同意しない

●直近1年間で健診（特定健診や高齢者検診など）を受けられましたか？

前述の設問にて、健診歴の情報取得に同意された方は記載不要です。

受けていない 受けた（健診名： 時期： 年 月頃）

●他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

いいえ はい

診療に役立つため、以下の項目にご回答をお願いいたします。

記入したくない項目、分からない項目は記入しなくて結構です。

1. 本日までご相談したい困りごと、改善したい症状をお書きください。

・上記の症状はいつ頃からありますか？ 年 月 日頃（ 歳頃）から

・きっかけとなった出来事、状況などがあれば、お書きください。

2. 上記 1. のことでこれまでに精神科、心療内科を受診、もしくは相談機関を利用したことがありますか。 ない ある→あると答えた方は受診、相談歴をお書きください。

医療機関や相談機関名	いつ頃ですか？
1.	
2.	
3.	
4.	

3. これまでに精神科、心療内科のお薬を内服したことがあれば薬品名を教えてください。

薬品名

この中で現在も内服しているものがあれば○をつけてください。

4. これまでにかかった体の病気、大きなケガがあれば、お書きください。

病気、けが	いつ頃ですか？	治療を受けた医療機関

5. 現在治療中の体の病気があれば、病名、医療機関、治療内容を教えてください。

病名	医療機関	治療内容（内服薬など）

6. アレルギーがある、もしくは薬で副作用が出たことがある場合、原因物質、薬品名と症状を教えてください。

原因物質 薬剤名	その時の症状

7. これまでの生活についてお聞きします

・どちらでお生まれになりましたか？（ 国 都道府県 地区町村）

・ご家族（両親・兄弟姉妹・配偶者/パートナー・子どもなど）の状況をお書きください。

現在同居している人に○	続柄	年齢	状況	治療を受けた/受けている病気があればその病名	職業
	父		健在・離別・死別		
	母		健在・離別・死別		
			健在・離別・死別		
			健在・離別・死別		

			健在・離別・死別		
			健在・離別・死別		
			健在・離別・死別		
			健在・離別・死別		
			健在・離別・死別		
			健在・離別・死別		

- ・治療にあたり協力してくれる人はいますか？ いる（ ）・いない
- ・最終学歴について当てはまるものを選んでください。
 中学校・ 高校（全日制/定時制/通信制）・専門学校・短大・大学・大学院（修士/博士）
 卒業・中退（ 年時）
 （学校名： ）

・これまでの職歴と期間（勤続年数を）お書きください。

社名（組織名）	業種	フルタイム /パートタイム	期間 または勤続年数
1.			
2.			
3.			
4.			

8. 現在の状況についてお聞きします

（睡眠） 普段の状態 就寝 時～ 起床 時 平均 時間
 いつも通り眠れている

よく眠れない→当てはまるものに○をつけてください

寝つきが悪い・途中で目が覚める・夢をよく見る・ぐっすり寝た感じがしない
 早く目が覚める・日中眠くて困る・昼夜逆転

（食欲） 普段の状態 1日 食

いつも通り食べられている・食欲が落ちた・食欲が増えてコントロールできない

（便通） 普段の状態： 回/ 日

いつも通り

下痢気味（ 回/ 日） 便秘気味（ 回/ 日） 便秘と下痢を繰り返す

（この6ヶ月間での体重変化） ない ある（ kg 増・減）

（嗜好品） タバコ 吸わない 吸う（1日 本）

アルコール 飲まない 時に飲む ほぼ毎日飲む（種類 量）

・趣味や楽しみ、空き時間、休日の過ごし方を教えてください。

