

藤沢問心堂心療内科 初めて診察を受けられる方へ

以下、可能な範囲でご協力をお願い申し上げます

- ◆受診日 令和（西暦） 年 月 日
ふりがな
- ◆お名前 (代筆の場合は、ご本人との続柄)
- ◆性別 男 ・ 女 ・ その他
- ◆住所 〒 ()
(都道府県) (市区町村)
(番地) (建物名) (部屋番号)
- ◆生年月日 昭和・平成・令和（西暦） 年 月 日 (歳)
- ◆ご連絡先 自宅：
携帯：
E-mail：
※当院からの連絡が可能なご連絡先を必ずご記入ください。
- ◆ご職業 職種 ご職業 () 職種 ()
休職中 ・ 在職中 ・ その他 ()

はい ・ いいえ

◆他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

◆お薬手帳はお持ちですか？ はい ・ いいえ

※携帯アプリのお薬手帳をご利用の方は、閲覧可能な状態（印刷など）でご提示をお願い致します。

下記、白抜きの◇マーク表示3問の記入項目においては、マイナ保険証による情報取得に同意いただいた患者様はご記入は不要です。（直近1ヶ月以内の他院受診があった方はご記入が必要です。）

◇現在、他の医療機関を通院していますか？ 通院期間 ()
医療機関名 ()
治療内容 ()

◇当院以外で、もらっている薬があればわかる範囲でご記入ください。

(病院名：) (お薬名：)
(病院名：) (お薬名：)

◇この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？ はい ・ いいえ

◆ いつから、どのような症状がありますか？ 下記の症状で当てはまるものに丸を付けてください。

() 歳ごろ
または () 年前ごろ / () ヶ月前から / () 日前から

ゆううつ ・ 楽しめない ・ 涙が出る ・ 不眠（過眠） ・ 疲労感
動悸がする ・ 息が苦しくなる ・ 不安 ・ イライラ ・ クヨクヨ
夢をよく見る（悪夢） 悲しい ・ 希望がない ・ 死んでしまった
気分の変動が大きい 人前で緊張する ・ 食欲減少

◆ 診てもらいたい主な症状についてお書きください。

()

◆ 過去にかかった大きな病気や怪我、および、手術や入院を要する病気についてご記入ください。

例：18歳頃、虫垂炎（盲腸）の手術 ※風邪以外のご症状でお願いします。

()

◆ 過去に精神科や心療内科にかかったことはありますか？ ない ・ ある

◆ アレルギーはありますか？ ない ・ ある

特に薬のアレルギーは必ずご記入ください。

(具体的に：)

◆ 運動習慣はありますか？ 運動しない ・ 意識的に運動している

例：2日に1回程度、買い物で外出するだけ

()

◆ 婚姻について教えてください。

※婚姻関係は、戸籍の状況を厳密に問うものではありません。

未婚 ・ 既婚 ・ 離別 ・ 死別 ・ 再婚

◆女性のみお答えください。

1) 妊娠についてご記入ください。

妊娠している ・ 妊娠している可能性あり ・ 妊娠していない ・ 授乳中

2) 月経に伴う症状がありますか？

極端に強い ・ 強い ・ 弱い ・ ふつう ・ なし

3) 更年期症状がありますか？ はい ・ いいえ

4) ピルは服用されていますか？ はい ・ いいえ

◆嗜好品はありますか？

酒 : () (例) 晩酌程度、ビール 350 ml 1本

タバコ : 約 本/1日あたり

コーヒー : 約 杯/1日あたり

◆生育地はどちらですか？

()

◆可能であれば、最後に卒業した学校をご記入ください。

()

◆ご血縁(いとこ含む)の方の通院歴(心療内科・精神科)をご記入お願いいたします。

※なお、配偶者など血縁でない方につきましてはご記入不要です。

※必須ではありませんが、体質判断の目的でご本人の「出生状況」をお伺いすることがあります。

例：祖父 75 歳、元会社員、同居。30 歳頃心療内科に 3 年程度通院、詳細不明

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

◆マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ 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。
令和5年5月より、医療情報システム基盤整備体制充実加算を行なっております。

以上、ありがとうございました。

藤沢問心堂心療内科 院長