

# 問 診 表

こころのリハビリクリニック十勝

フリガナ		男・女	電 話 番 号	自宅	
氏名				携帯	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	歳			
同伴者			続柄		
住 所	郵便番号(      -      )				
以前に当院や大江病院または他の精神科で診察を受けたことがありますか？				身長	体重
はい      いいえ →【約      か月・年前      】病院・診療所				cm	Kg

1. 本日、あなたが受診された理由について具体的にご記入ください。

<どのような症状ですか？>

<それはいつ頃からありましたか？>

<きっかけとなった出来事はどのようなことがありましたか？>

2. 現在、通院されている病院はありますか？

はい      いいえ

→【病院名：      病名：      】

★現在、服用しているお薬がある方は、お薬手帳をご提出ください。

3. 今までに大きな病気をしたことはありますか？

はい      いいえ

→【脳疾患   がん   肝疾患   高血圧   甲状腺の病気   糖尿病   結核   その他(      )】

4. アレルギーを起こしたことはありますか？

はい      いいえ

→【薬：      食品：      】

5. お酒は飲みますか？

はい (      ) 年前に辞めた      いいえ

→週に【      】日   お酒の種類【      】どのくらいの量【      】

6. タバコは吸いますか？

はい (      ) 年前に辞めた      いいえ

→1日【      】本

7. ご家族(血縁の方)で、精神科を受診されたことのある方はいますか？

はい      いいえ

→【どなたが      】

8. 現在の職業【      】いつから【      】

以前の職業【      】いつから【      】いつまで【      】

9. 最終学歴【      在学中・卒業・中退      】 10. 出身地【      】

11. 家族構成をご記入ください

氏名	年齢：	続柄：	同居	別居
氏名	年齢：	続柄：	同居	別居
氏名	年齢：	続柄：	同居	別居
氏名	年齢：	続柄：	同居	別居

12. マイナ保険証による診療情報等取得に同意しますか？

はい      いいえ

【裏面をご確認ください】

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) 加算1 4点 (従来の保険証)  
加算2 2点 (マイナ保険証)