

問 診 票

※患者番号(事務記入欄)

紹介状 あり・なし

マイナ保険証 あり(同意 あり・なし)・なし

氏名 _____ 様 記入日: R 年 月 日 同伴者(氏名: _____ 関係: _____)

診察を行う前に、下記のご質問にお答え頂いております。分かる範囲で結構ですので、ご回答をお願い致します。
なお、ご記入いただいた個人情報は、当院での診療行為に関してのみ使用致します。

1. *ご職業(_____) *最終学歴(_____) *利き手(右・左)
*薬アレルギー(_____) *食物アレルギー(_____) *その他アレルギー(_____)

2. 当院に受診歴のある御家族様はいらっしゃいますか? はい(_____) いいえ

3. 今回どのようなことでお困りでしょうか?

ゆううつ 不安 不眠 食欲がない 性欲がない 怒りっぽい

その他: _____

4. これまでに心療内科・精神科のクリニックや病院、相談機関での治療・相談をされたことはありますか?

病院名・相談機関名	科	期 間		あてはまるものに○		
		年 月 ~	年 月	通院	入院	相談
		年 月 ~	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		年 月 ~	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		年 月 ~	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ご希望の箇所にチェックしてください。

: 外来通院 : 入院希望 : セカンドオピニオン : 相談(ご家族のみ来院) : 診断書
: その他(_____)

6. 治療中のおからだの病気があれば教えてください。 _____
(女性のみ 妊娠・授乳 あり(妊娠週数 _____)・なし)

(下記7・8の項目は、マイナ保険証による情報取得に同意した患者については省略可能)

7. 現在処方されているお薬があれば教えてください。 _____

8. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されていますか?(受診時期・指摘事項等)

9. 利用中の社会福祉サービスがありましたら教えてください。

・自立支援医療 あり・なし	・療育手帳 あり(A1・A2・B1・B2)・なし
・身体障害者手帳 あり(1・2・3・4・5・6 級)・なし	・障害年金 あり(1・2・3 級)・なし
・精神障害者保健福祉手帳 あり(1・2・3 級)・なし	・生活保護受給 あり・なし
・介護保険 あり(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)・なし	
・ケアマネージャー: 事業所(_____)	担当者: _____
・その他の支援担当者: _____	_____
・サービス利用: [デイサービス・デイケア・訪問介護・訪問看護・就労支援事業所・その他(_____)]・なし	

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お願いいたします。

(◆当院では医療情報取得加算・医療DX推進体制整備加算を算定しております。)

ご協力ありがとうございました 公益社団法人 岐阜病院