

外来問診票



Johsei
Hospital

平成 年 月 日

フリガナ
患者様のお名前 _____ 様 男性・女性

大正・昭和・平成 年 月 日生 () 歳

〒 _____

住所 _____

電話番号 _____

携帯電話 _____

フリガナ
相談者のお名前 _____ 様 続柄 _____

相談者の住所 _____

電話番号 _____

携帯電話 _____

ご面倒ですが、診療に役立てるために下記の質問に分かる範囲でお答え下さい。

① 当院は初めてでしょうか？ [はい ・ いいえ]

「いいえ」の方は以前いつ頃こられましたか？ []

② 当院では 初診時または保険変更時に保険証コピーを
確認の為とらせていただいております。

保険証のコピーをとることに 同意します。 [はい ・ いいえ]

③ 今回の受診にあたって、一番困っていることは何ですか？（症状や悩みなど）

[]

④ 現時点で、入院のご希望はありますか？ [はい ・ いいえ]

⑤ 今まで「精神科」又は「心療内科」等を受診されたことがありますか？

[受診歴なし ・ 通院のみ ・ 入院した事がある]

裏面にもお答えください⇒

⑤ 患者様の精神科通院・入院歴についてわかる範囲でお答えください。

年 月 日～ 年 月 日 (病院名： 通院・入院) (病名：)

年 月 日～ 年 月 日 (病院名： 通院・入院) (病名：)

年 月 日～ 年 月 日 (病院名： 通院・入院) (病名：)

⑥ 現在、何か身体の病気はお持ちですか？

[]

⑦ 現在、内服されている薬はありますか？ (精神科・他科でも)

[]

⑧ 患者様は何人きょうだいの何番目ですか？お子さんは何人いますか？

[人きょうだい 番目 / 子ども： 人]

⑨ 患者様の同居家族の構成を教えてください。

(例：本人を含む同居人数：4人 続柄：長男夫婦 孫1人)

[本人を含む同居人数： 人 続柄：]

⑩ 体の調子はいかがですか？

食欲 (良好 ・ 普通 ・ 少ない ・ 過食)

睡眠 (良好 ・ 不眠 ・ 昼夜逆転) 平均睡眠時間 (時間)

便通 (良好 ・ 便秘 ・ 下痢)

タバコ (無 ・ 喫煙する) 感染症 (無 ・ 有：)

アレルギー (無 ・ 有：)

飲酒 (しない ・ 週に___日飲む ・ 毎日飲む)

⑪ 介護保険の認定は受けられていますか？

(受けていない ・ 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5)

現在のサービス (: 事業所)

⑫ よろしければ、当院をお知りになった理由をお聞かせ下さい。

・かかりつけ医からの紹介

・家族が通院しているから

・知人、友人からの紹介

・インターネット

・雑誌、新聞等

・電話帳

・看板

その他 ()

⑬ 最後に、今回の受診でどのようなことを期待あるいは希望されますか？

[]

ご協力ありがとうございました。個人の情報については厳守致します。
城西病院



受付