

心療・精神科外来問診票

記入者：..... 関係：.....

当院は教育機関としての役割を担っている大学病院です。診察には主治医の他に学生が研修のために同席させていただきます。何卒ご理解いただきますようよろしくお願いいたします。 同意します 同意しません

ご自分で受診を希望された方は、ご自身でご記入ください。ご家族がご相談を希望されている場合はご家族がご記入ください。

ID @@SYPID@@ 診療科

@@INDICATESTAFF\_SELECTEDDEPT\_NAME@@

氏名 @@ORIBP\_KANJI@@ 年齢 @@SYAGE@@ @@ORIBP\_SEX@@

身長 cm 体重 kg 体温 度 血圧 / mmHg 脈拍 回

## 1. 来院理由

他院紹介状あり 家族の勧め 友人の勧め  ( )

ご相談内容について簡単にお書きください

.....

.....

## 2. あなたの（受診者）の生活のプロフィールについて教えてください

① お生まれはどちらですか、生家はどのようにして生計を立てていましたか（親の職業）

.....

② 子どもの頃の家族構成について教えてください（兄弟は何人で性別は、何番目ですか）

.....

③ 子どもの頃の重大な生育環境の変化があれば教えてください（親の病気、離婚、死別、親の転勤、引越など）

.....

④ 最終学歴を教えてください（.....）

⑤ 職歴について教えてください（どんな仕事、期間は）

.....

⑥ 結婚歴を教えてください（未婚、結婚、離婚、死別、再婚などや配偶者の職業、子供の数）  
過去に大きな病気にかかったことがありますか（薬のアレルギーなど）

## 3. 現在の生活状況について教えてください

① どんな家族構成ですか（.....）

② 生計はどのように立っていますか（収入を得ている人はどなたで、どのような仕事ですか）

.....

③ 現在、受診されている病院等をお書きください

病名：..... 医療機関名：.....

病名：..... 医療機関名：.....

4. 物忘れが増えた、お金の管理が難しい等の症状がありますか いいえ はい

5. この半年の間に転んだ経験はありますか いいえ はい

可能な限りご記入お願いいたします

1. 病状説明時の同席者及び生活全般に対する支援者を教えてください。

氏名	関係	☎
氏名	関係	☎

2. 同居されている家族について教えてください。

1人暮らし  配偶者と2人暮らし  その他（詳細：\_\_\_\_\_）

3. 介護保険は利用していますか

未申請  申請中  申請済（ 要介護 1・2・3・4・5  要支援 1・2  非該当）

4. 下記のご担当者の連絡先をご記入ください

地域包括：\_\_\_\_\_ 事業所 担当者 \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

ケアマネ：\_\_\_\_\_ 事業所 担当者 \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

生活保護ケースワーカー：\_\_\_\_\_ 役所 担当者 \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

5. 病状について、あなたはどの程度知りたいですか

すべてを知りたい  悪い話は聞きたくない（誰に聞いて貰いますか：\_\_\_\_\_）

6. 今、身体的な苦痛や日々の生活で不安に思うこと、辛いと思うこと等をご記入ください

.....

.....

7. 今後の生活で大事にしていきたいことを教えてください

例) 仕事は続けたい、家で過ごしたい、家族との時間、旅行を楽しみたい等々

.....

.....

**下記をお読みいただき、必ずご記入ください**

当院は、マイナンバーカード健康保険証による情報を取得・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、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。

同意します  同意しません  マイナンバーカードを持っていません

※「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の算定において、マイナンバーカード保険証を利用した場合は2点、利用しない場合は6点となります。

※ご不明なことは受付にお問合せください