

## 問診票

ID: \_\_\_\_\_ 年 月 日

ふりがな			生年月日	( 歳 )
氏名				
住所				電話

○ マイナ保険証（保険証と紐づけされたマイナンバーカード）をお持ちですか？  
 （ はい ・ いいえ ）

★「はい」を選択された場合、下記①～③もご回答下さい。

- ① 診療情報取得に同意されましたか？ ( はい ・ いいえ )
- ② 薬剤情報取得に同意されましたか？ ( はい ・ いいえ )
- ③ 特定健診及び高齢者健診情報取得に同意されましたか？ ( はい ・ いいえ )

本日ご相談したいことや、困っていることなどをご記入ください

これまでにかかった主な病気やケガ、現在通っている病院などありますか？

アレルギー 無・有 ( )  
 現在服用している薬 無・有 ( )

\* マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、直近1ヵ月以内の処方薬を除き記載を省略出来ます。

家族構成を教えてください（祖父母、両親、きょうだい）

氏名	続柄	年齢	同居・別居
			同・別
			同・別
			同・別
			同・別
			同・別



キーパーソンとなる方について教えてください

ふりがな		続柄	生年月日	
氏名				
住所				電話

ご家族に精神科受診歴のある方はいますか？

いない・いる ( )

結婚歴 無・有

裏面もお願いします

ID:

これまでの振り返りご記入ください（分かる範囲でかまいません）



<生育歴>

出身地（市・町・村）  
出生時（正常分娩・帝王切開・仮死分娩・その他）  
発育の遅れ 無・有

<学歴・職歴>

最終学歴（学校/卒業・中退・就学中）  
これまでの職歴（ )

<性格>

元来の性格はいかがでしたか？  
明るい・暗い・社交的・内気・活動的・無口・溫和・短気・のんき・勝気・わがまま・素直  
気難しい・心配性・潔癖・神経質・不満多い・その他（ )

<嗜好品>

タバコ 吸わない・吸う（本/日）  
お酒 飲まない・機会があれば飲む・毎日飲む・常に飲んでいる（酒量 /日）

<最近の生活状況について>

生活リズムはいかがですか？ 問題なし・朝起きられない・寝つきが悪い・昼夜逆転・その他  
食べ物の好き嫌いはありますか？ 無・少ない・多い  
クセやこだわりはありますか？ 無・有（ )

< これまでにどこかに相談して来られましたか？ >

[ ]

**最後に下記のご記入にご協力をお願いいたします**

どこでこの病院をお知りになりましたか？

ほかの病院からの紹介（病院/医院 先生）  
学校から・公的相談機関から・以前通っていたから・家族が芙蓉会病院に通っているから  
テレビや映画館のコマーシャルを見て・医師の講演会を聞いて  
ホームページ・インターネット・知人から・近所だから・その他（ )

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の算定医療機関です。

