

記入日

年

月

日

## 【診察申込書／問診票】

陽和病院では、初診時にスムーズな診察を行うため、事前に「診察申込書／問診票」のご記入をお願いしております。

ご記入は、ご本人またはご本人の様子がよくお分かりになる方がご記入ください。

不明な項目は、空白のまま、初診の当日に受付へ提出をお願い致します。

ご不明な点がございましたら、相談室までお電話にてご連絡ください。

陽和病院 相談室03-3923-0325

## 【初診時のお持ち物】 \*お持ちの物だけで結構です

- 健康保険証(マイナ保険証) ●高齢受給者証・後期高齢医療証 ●お薬手帳  
●診察申込書／問診票記入 ●かかりつけ医からの紹介状(診療情報提供書)

## 【マイナ保険証について】

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。

マイナ保険証による診療情報取得に同意します

同意者名

(フリガナ)

男

生年月日 (西暦 年)

お名前

女

大・昭・平・令 年 月 日

(〒 - )

住所

電話

( )

保険

国保・健保・後期(本人・家族)生活保護(

福祉・担当

氏)

紹介状(有・無)

病院・診療所・クリニック

より

緊急連絡先

お名前

(続柄 )

生年月日

西暦

年

月

日

住所

〒

電話

( )

お答えできる範囲でご記入をお願いします

### 1. 現在の症状について、当てはまるものにチェックしてください

|  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 夜眠れない           | <input type="checkbox"/> おなかの調子が悪い    | <input type="checkbox"/> 死にたい気持ちがある           |
| <input type="checkbox"/> 昼夜逆転している        | <input type="checkbox"/> ジッと座ってられない   | <input type="checkbox"/> 死のうとして実際に行動に移したことがある |
| <input type="checkbox"/> 夜より朝の方が辛い       | <input type="checkbox"/> 大きな声を出したくなる  | <input type="checkbox"/> 自傷、自殺したくなることがある      |
| <input type="checkbox"/> 趣味などを楽しめない      | <input type="checkbox"/> そわそわする       | <input type="checkbox"/> 周囲に迷惑をかけている気持ちになる    |
| <input type="checkbox"/> 仕事、家事、学業が出来ない   | <input type="checkbox"/> 胸がドキドキする     | <input type="checkbox"/> 常に焦る感じがある            |
| <input type="checkbox"/> 公共機関が利用しづらい     | <input type="checkbox"/> 対人緊張が強い      | <input type="checkbox"/> 誰かに追われている感じがする       |
| <input type="checkbox"/> 身の回りのことが出来ない    | <input type="checkbox"/> 人や物にあたってしまう  | <input type="checkbox"/> 人に見られている感じがする        |
| <input type="checkbox"/> 物忘れがある          | <input type="checkbox"/> イライラする       | <input type="checkbox"/> 得体のしれない声が聞こえる        |
| <input type="checkbox"/> 行動を覚えていないことがある  | <input type="checkbox"/> いつも不安な感じがある  | <input type="checkbox"/> 見えるはずのないものが見える       |
| <input type="checkbox"/> 集中できない          | <input type="checkbox"/> ずっと憂鬱な気分がある  | <input type="checkbox"/> 嫌な考えが頭の中を巡る          |
| <input type="checkbox"/> 考えがまとまらない       | <input type="checkbox"/> 何事も自分を責めてしまう | <input type="checkbox"/> 気分が高い事が続いている         |
| <input type="checkbox"/> 意識を失う事がある       | <input type="checkbox"/> 孤独感がある       | <input type="checkbox"/> 市販薬を沢山飲んでしまう         |
| <input type="checkbox"/> めまいやフラフラする感じがある | <input type="checkbox"/> 生きているのが辛い    | <input type="checkbox"/> 食べたものを吐いてしまう         |
| <input type="checkbox"/> 首や肩がこる、痛みがある    |                                       | <input type="checkbox"/> 食欲がない                |

その他の症状や、今一番お困りなこと・辛いことがございましたらご記入ください

### 2. それはいつ頃から続いていますか？

### 3. 思い当たる原因やきっかけはありますか？

### 4. 現在処方されているお薬はありますか？ あり なし 以前飲んでいた

お薬手帳をご持参でない方は判る範囲で以下にご記入ください

※マイナ保険証による情報取得に同意をいただいた方は、直近1カ月以内の処方薬以外は省略可能です

### 5. これまで精神科の治療を受けたことがありますか？ ある ない

| 医療機関名 | 期間 |       |
|-------|----|-------|
|       | ～  | 通院・入院 |
|       | ～  | 通院・入院 |
|       | ～  | 通院・入院 |

### 6. どなたの薦めで当院のご来院されましたか ※複数回答可

|                                   |                                    |                                    |                                 |                                 |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 本人の希望    | <input type="checkbox"/> ホームページを見て | <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 | <input type="checkbox"/> 保健所の紹介 | <input type="checkbox"/> ご家族の薦め |
| <input type="checkbox"/> 知人・友人の薦め | <input type="checkbox"/> その他( )    |                                    |                                 |                                 |

### 7. 当院に希望されることにチェックしてください。(複数回答可能)

|                               |                                |                                  |                                 |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 診断   | <input type="checkbox"/> 検査    | <input type="checkbox"/> 処方      | <input type="checkbox"/> 入院     | <input type="checkbox"/> 説明・助言 |
| <input type="checkbox"/> 書類作成 | <input type="checkbox"/> 他施設紹介 | <input type="checkbox"/> DC・OT利用 | <input type="checkbox"/> その他( ) |                                |

### 8. これまでかかったことのある病気はありますか？ ある ない

|   |  |                                   |   |
|---|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病( 歳～)   | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療してない | <input type="checkbox"/> 心臓病( 歳～) | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療してない  |
| <input type="checkbox"/> 脳出血・脳梗塞( 歳～)   | <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療してない | <input type="checkbox"/> 高血圧      | <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 腎疾患 |
| <input type="checkbox"/> 感染症 ( <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> その他感染症( ) |  |                                   |   |

9. その他、大きな病気やけがについてご記入ください ある ない

(例:骨折、腰痛、気を失った、頭を強く打った 等)

| いつ頃 | 病名・けがの状態等 | いつ頃 | 病名・けがの状態等 |
|-----|-----------|-----|-----------|
| 歳   |           | 歳   |           |

10. 現在通院している病院がありますか？ ある ない

| 病名と診療科 | 通院している理由の病名 | 病名と診療科 | 通院している理由の病名 |
|--------|-------------|--------|-------------|
|        |             |        |             |

## 11. ご自身のことをお聞かせください

|       |  |        |   |
|-------|--|--------|---|
| 出身地   |  | 育ったところ |   |
| 生まれた時 | <input type="checkbox"/> 難産だった <input type="checkbox"/> 未熟児だった | 幼少期    | <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 行っていない |

|      | 得意科目  | 苦手科目 | 出席状況、部活や習い事 | 成績    |
|------|---|------|-------------|-------|
| 小学校  |   |      |             | 上・中・下 |
| 中学校  |   |      |             | 上・中・下 |
| 高校   |   |      |             | 上・中・下 |
| 最終学歴 | <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 専門学校 |      |             |       |

|        |   |         |      |   |
|--------|---|---------|------|---|
| 現在のお仕事 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 勤務先・職種: | 勤務年数 | 年 |
|--------|---|---------|------|---|

●これまでのお仕事のご経験(アルバイト、職業(転職のご経験)など)

|  |
|--|
|  |
|--|

## 12. ご家族について

|                            |   |   |             |            |    |
|----------------------------|---|---|-------------|------------|----|
| 父                          | 歳   | <input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 死去 | 兄弟姉妹(本人含めて) | 人中         | 番目 |
| 母                          | 歳   | <input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 死去 | 兄弟姉妹の構成:    |            |    |
| 結婚歴                        | <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚(結婚時の年齢 歳) <input type="checkbox"/> 離婚( 歳) <input type="checkbox"/> 死別( 歳) |   |             |            |    |
|                            | お相手の職業  |   |             |            |    |
| 子ども                        | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   |   | 息子: 人(年齢: ) | 娘: 人(年齢: ) |    |
| 住居                         | <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居(同居者: )   |   |             |            |    |
| ご家族・ご親戚で精神科の受診経験のある方はいますか？ | <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる( )   |   |             |            |    |

## 13. 生活習慣・嗜好について教えてください

|       |  |         |             |  |
|-------|--|---------|-------------|--|
| 睡眠    | 平均 時間  | 就寝時間 時頃 | 起床時間 時頃     |  |
|       | <input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 寝付けない <input type="checkbox"/> 途中で目が覚める <input type="checkbox"/> 早く目が覚める <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 寝すぎる |         |             |  |
| アルコール | <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 少し飲む <input type="checkbox"/> 毎日/一日あたりの量( ) 飲み始めた年齢( 歳~)  |         |             |  |
| たばこ   | <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う/一日あたりの本数( 本)   |         |             |  |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  |         | (種類 食べ物・薬等) |  |
| 常用薬   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  |         | (具体的に)      |  |

14. 現在、妊娠中又は授乳中ですか？(女性のみ)  なし  あり

## 15. 利用されている制度やサービスがあればチェックをお願いします

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 自立支援医療  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 申請中   |
| <input type="checkbox"/> 障害者手帳   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 申請中   |
| <input type="checkbox"/> 年金      | <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 基礎 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 基礎 <input type="checkbox"/> 厚生 |
| <input type="checkbox"/> 在宅サービス等 | <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他                  |
| <input type="checkbox"/> 要介護認定   | <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護  |
| <input type="checkbox"/> 施設      | <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所 担当者( )連絡先tel:  |

## 16. その他、お知らせしたいこと、ご相談したいこと、ご希望等ございましたらご記入ください

|  |
|--|
|  |
|--|