



# 精神科 問診票

受診日： 年 月 日

|         |   |    |                      |
|---------|---|----|----------------------|
| ふりがな    |   | 年齢 | 生年月日                 |
| 受診者名    |   | 歳  | 大正・昭和<br>平成・令和 年 月 日 |
| 現在のお住まい | 大府市・東海市・知多市・常滑市・東浦町・豊明市・刈谷市<br>名古屋市緑区・南区・港区 その他 ( ) |    |                      |
| 同行者     | 本人のみ・配偶者・その他 ( )<br>家族等 ( )・支援者 ( )                 |    |                      |

|                       |        |
|-----------------------|--------|
| マイナ保険証による診療情報取得に同意します | はい・いいえ |
|-----------------------|--------|

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。

|                       |
|-----------------------|
| 相談したいこと／困っていることは何ですか？ |
|                       |

|             |              |
|-------------|--------------|
| 紹介状はお持ちですか？ | はい ( ) ・ いいえ |
|-------------|--------------|

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| 現在当院以外の病院へ通院中ですか？ | はい ( ) ・ いいえ |
|-------------------|--------------|

|                                       |
|---------------------------------------|
| 現在服薬中の薬 (※お薬手帳のある方は医師または看護師にお声かけください) |
|                                       |

|                   |                           |
|-------------------|---------------------------|
| 現在の生活についてお聞かせください |                           |
| 食欲                | 3食食べている・食べ過ぎている・食欲なし      |
| 睡眠                | 就寝 時頃 / 起床 時頃 / 熟眠感 あり・なし |
| 飲酒                | 毎日・週に数回・ごくたまに・飲まない        |
| たばこ               | ( ) 本 / 日                 |
| 便秘                | 問題なし・便秘気味・下痢気味            |
| 食物アレルギー           | あり ( ) ・ なし               |
| 薬剤アレルギー           | あり ( ) ・ なし               |

※以下は、女性の方のみお答えください

|       |                  |
|-------|------------------|
| 現在妊娠中 | はい ( 週目 ) ・ いいえ  |
| 月経    | 順調・不順 最終月経： 月 日頃 |
| 閉経    | ( ) 歳頃           |

【裏面へ続きます】

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>福祉手帳や年金について</b> |   |
| <b>障がい者手帳</b>      | あり（精神 / 療育・愛護 / 身体）・ なし ・ 申請中           |
| <b>自立支援医療証</b>     | あり ・ なし ・ 申請中                           |
| <b>年金</b>          | あり（障害 / 老齢 / 遺族 / その他）・ なし ・ 申請中        |
| <b>介護保険</b>        | あり（要介護 1・2・3・4・5 / 要支援 1・2）<br>なし ・ 申請中 |
| <b>障害福祉サービス</b>    | あり（区分） ・ なし                             |

|  |  |
|--|--|
| <b>今、関わりのある機関について</b>  |  |
| 高齢者相談支援センター ・ ケアマネージャー ・ 障がい者相談支援センター<br>保健所 ・ 市役所／区役所（ ） 課 ・ 保健センター ・ 相談支援事業所<br>その他（ ） |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>利用されているサービスはありますか？</b>  |  |
| 訪問看護（ステーション名：）<br>ヘルパー ・ 就労継続支援A型 ・ 就労継続支援B型 ・ 就労移行支援<br>児童発達支援 ・ 放課後等デイサービス ・ 地域活動支援センター ・ グループホーム<br>その他（） |  |

|                         |               |
|-------------------------|---------------|
| <b>精神科での入院経験はありますか？</b> | はい（計 回） ・ いいえ |
| 一番最近の入院について             |               |
| いつ頃：                    | 病名：           |

|                           |          |
|---------------------------|----------|
| <b>精神科以外での入院経験はありますか？</b> | はい ・ いいえ |
| いつ頃：                      | 病名：      |
| いつ頃：                      | 病名：      |

|  |  |
|--|--|
| <b>当院を何で知りましたか？</b>                              |  |
| 紹介（家族・友人・学校・会社） ・ 他病院／医院 ・ 看板 ・ インターネット<br>その他（） |  |

ご記入ありがとうございました  
 外来看護師までお渡しください