

精神科新規患者さまへのご案内（及び、予約日時確認書）

★こちらの「精神科新規患者さまへのご案内（及び、予約日時確認書）」をよくご確認の上、ご来院をお願いいたします。

【ご予約日時確認欄】

私（氏名）_____の受診予約日時は、 月 日 時 分からで、
来院する時間は、 時 分です。

【受診当日の持ち物】

- **このご案内の用紙（1枚）** と、記入済みの **一般問診票（8枚）** の計9枚
※問診票の①から⑩は、必ずご記入ください。
- **マイナンバー保険証** もしくは **資格確認書（後期高齢者医療資格確認書を含む）**
※受診当日に両方ともご持参されない方、また、上記をお持ちでも**最新の保険情報の確認が出来ない場合は、診療をお断りさせていただきます。**
※生活保護受給中の方は、必ず、ケースワーカーさんへ受診の事前報告をしていただいた上でのご来院をお願いします。また、来院時、受付のスタッフにも「生活保護受給中」であることをお知らせください。
- **自立支援医療証・こども（乳児）医療受給者証・福祉医療証等**、公費負担証をお持ちの方は、そちらも併せてご持参ください。
※自立支援医療証は、事前に、指定医療機関名を当院に変更手続きされたものをご持参ください。
- **前医の紹介状** や **検査結果等** あれば、ご持参ください。
※今回、当院へかかれる理由となった症状に関して、他院受診歴がある方のみでかまいません。
- **お薬手帳**
※受診当日に服薬されているもの（精神科系以外のお薬も含む）があれば、ご持参ください。

【当院からのお願い】

- 待ち時間に、看護師が心電図を計測させていただきます。受診当日は、手首と足首、胸元を出しやすい服装でお越しください。（タイツやストッキング、ワンピース等の着用は控えていただけますと、助かります。）
- 新規患者様に関しましては、保険情報の登録、問診票のカルテ入力、心電図計測のため、**受診時間の30分前のご来院**をお願いしております。
また、当日、他の患者様の診察状況に応じて **30分以上の待ち時間が発生する場合があります**ことを、ご承知おき願います。

一 般 問 診 票

西暦 20 () 年 () 月 () 日

問診票は、診察のための重要な情報となりますので、ご記入をお願いいたします。

(①～⑥は必ずご記入ください。そのほか書けないところは空欄のままでも構いません)

①記入者 本人 ご関係者(続柄 ())

②本日はどのようなことで受診されましたか【主訴・主症状】

治したい症状、お困りのことをお教えてください

()

それはいつ頃からかお書きください

() 年 () 月頃から または () 歳 () か月頃から

その後の経過についてお教えてください

よくなった 波がある 変わらない 悪くなった

これが原因でないか、と考えている出来事や病名があればお教えてください

()

③受診される方のお名前： (ふりがな： ())

④所属関係機関

例：〇〇小学校〇年生 ・ 株式会社△△営業職 ・ 自営業 ・ 無職 等

()

⑤住所

(〒 -)

()

⑥連絡先： つながりやすい電話番号をお教えてください ()

どなたの連絡先ですか(本人 ・ その他： ())

⑦年齢 () 歳

⑧性別 男 女 その他

⑨身長（ ）cm ・ 体重（ ）kg
大人の方の場合、元来の体重（ ）kg
最近 やせた（マイナス ）kg 太った（プラス ）kg

⑩現在、ご利用（受給）中の制度やサービスがありましたらお教えてください
 生活保護 福祉医療証（ひとり親制度） 乳児医療証（子ども医療証）
 自立支援医療受給者証 児童通所サービス受給者証（療育施設・放課後等デイサービス利用中）
 精神障がい者保健福祉手帳 療育手帳 身体障がい者手帳
 障害年金 特別児童扶養手当 障がい児福祉手当 特別障がい者手当
 訪問看護 介護認定（介護サービス等利用中） 相談支援事業所等
 その他
()

⑪来院同伴者の方がおられたらお教えてください
お名前（ ）
ご関係（ ）

⑫受診される方のきょうだい いない いる（氏名・性別・年齢・職業または学校名と学年）

・氏名：	・性別：	年齢：	歳	職業・学校名と学年：
・氏名：	・性別：	年齢：	歳	職業・学校名と学年：
・氏名：	・性別：	年齢：	歳	職業・学校名と学年：
・氏名：	・性別：	年齢：	歳	職業・学校名と学年：
・氏名：	・性別：	年齢：	歳	職業・学校名と学年：

⑬受診される方のご家族 いない いる（続柄・氏名・年齢・職業等所属関係機関）
現在、同居されているご家族には（ ）に○をつけてください

() 続柄：	氏名：	年齢：	歳	職業：
() 続柄：	氏名：	年齢：	歳	職業：
() 続柄：	氏名：	年齢：	歳	職業：
() 続柄：	氏名：	年齢：	歳	職業：
() 続柄：	氏名：	年齢：	歳	学校名と学年：
() 続柄：	氏名：	年齢：	歳	学校名と学年：
() 続柄：	氏名：	年齢：	歳	学校名と学年：
() 続柄：	氏名：	年齢：	歳	学校名と学年：

⑭これまでの生活についてお教えてください

(転校、転籍があれば→を入れて書いてください)

- (県 市) 幼稚園・保育園
□在籍 (歳時学級・年少・年中・年長) □卒園
- (県 市) 小学校 □在籍 (年生) □卒業
- (県 市) 中学校 □在籍 (年生) □卒業
- (県 市) 高校 () 科
□在籍 (年生) □卒業 □退学
- (県 市) 専門学校 () 学部 () 科
□在籍 (年生) □卒業 □退学
- () 大学 () 学部 () 科
□在籍 (年生) □卒業 □退学
- (県 市) 大学院 () 科・部門
□在籍 (年生) □卒業 □退学

⑮職業歴についてお教えてください

④でご記入いただいた現在の職業以前の職業歴がありましたらお教えてください

- () 年 () 月から (職場名:)
- () 年 () 月から (職場名:)
- () 年 () 月から (職場名:)

⑯現在、学業、仕事の役割についてどのような状況ですか

ほぼこなせている なんとかやれている 時々休む 休んでいる

◇現在、学校や職場での悩みがありますか

ない 少しある とてもある

それはどのような悩みですか

()

◇上記以外で悩みがあればご記入ください

()

◇②でご記入いただいた【主訴・主症状】についてお教えてください

そのことで、どこか他院に受診されたことはありますか

ない ある

『ある』の方は、治療の経過についてお教えてください

【通院歴について】

はじめに（ ） 病院・クリニック（ ） 科

（ 年 月）頃から（ 年 月）頃まで

（ 歳 か月）頃から（ 歳 か月）頃まで

最近（ ） 病院・クリニック（ ） 科

（ 年 月）頃から（ 年 月）頃まで

（ 歳 か月）頃から（ 歳 か月）頃まで

◇そのことで、どこか他院に入院されたことはありますか

ない ある

『ある』の方は、治療の経過についてお教えてください

はじめに（ ） 病院（ ） 科

（ 年 月）頃から（ 年 月）頃まで

（ 歳 か月）頃から（ 歳 か月）頃まで

最近（ ） 病院（ ） 科

（ 年 月）頃から（ 年 月）頃まで

（ 歳 か月）頃から（ 歳 か月）頃まで

◇精神科・心療内科の薬を内服したことがありますか

ない

現在、内服している

薬の名前をお教えてください（ ）

過去、内服したことがある

薬の名前をお教えてください（ ）

◇精神科・心療内科の薬で副作用が起こったことはありますか

ない

ある 副作用の内容（ ）

◇現在、他の薬（他科で処方された薬・市販薬など）を内服していますか

ない

現在、内服している

薬の名前をお教えてください（ ）

◇他の薬で副作用が起こったことはありますか

ない

ある 副作用の内容 ()

◇アレルギーについて教えてください

ない ある 薬 () 食品 ()

◇女性の方におたずねします。妊娠の可能性はありますか

ない ある

◇女性の方におたずねします。現在、授乳中ですか

いいえ はい

◇睡眠について教えてください

床につくのは平均 () 時頃 入眠までにかかる時間は約 () 分

寝付けないときは何をしてお過ごししていますか

記入例：スマホを触っている・読書・考え事をしている…など、ご自由にお書きください

()

途中で目覚める回数は約 () 回 朝の目覚めは () 時頃

床から出るのは () 時頃

全睡眠時間は平均 () 時間

毎日の睡眠リズムが乱れがち はい いいえ

昼寝は しない する () 時～ () 時

睡眠が悪いですか

はい (薬を飲んでも睡眠が悪い)

いいえ (薬は必要ない ・ 薬を飲んだら眠ることができる)

◇現在の『困り事』について教えてください

該当するものがあれば () に、以下の印をつけてください

特に困っている場合は◎・かなり困っている場合は○・ときに困っている場合は△

寝つきが悪い () 寝たがらない () 途中で目覚めて困る ()

夢が多い () 熟睡感がない () 目が覚めるのが早すぎる ()

いびきが大きい () 眠くて困る () (朝 昼)

首筋や肩がこる () 頭が重い () 頭痛 ()
食事を楽しめない () 食事量が減った () (普段の %)
食べ過ぎる () 食後に吐く ()

下痢 () 便秘 () 目がかすむ () 尿が出にくい ()
月経不順 () 無月経 () 性機能障害 ()

胸がドキドキする () 立ち眩み () めまい ()
息がしづらくなる () 震えがくる () 汗をかく ()
極度の不安 () 健康に自信がない ()

人前で緊張する () 外出しにくい () 乗り物が苦手 ()
心配や不安がある () 嫌な考えが浮かぶ () 焦る () イライラする ()
疲れやすい () ゆううつ () 孤独感 () 涙がでやすい ()
口数が減った () 娯楽を楽しめない () 夜より朝が辛い ()
意欲が出ない () 自信が持てない () 迷って決断できない ()
仕事や学業がはかどらない () 周囲の人に申し訳ない ()
生きるのが辛い () 自傷自殺しそう ()

興奮する () 気分がハイ () 浪費してしまう ()
怒りを制御できない () 考えがまとまらない ()
いじめられている () うわさされている ()
嫌がらせをされている () 世間の雰囲気が変わる ()
監視や盗聴が気になる ()

注意がそれがち () 片付けが苦手 () 忘れ物が多い ()
うっかりミスが多い () 段取りが苦手 () 人の気持ちを読みづらい ()
人の輪に入りにくい () 妥協や協調が苦手 ()
特定のことに興味やこだわりがある ()
感覚過敏 () (耳・目・匂い・味・皮膚) 気分が急に変わる ()
記憶力の低下 ()
日時や場所を間違える () 言葉が出にくい ()
自分の身の回りのことができない () 家族に無断で出歩く ()
意識を失う ()
そのほか ()

◇来院されたいきさつをお教えてください

□ご自身の意志で □ () のすすめで

◇ご希望について該当するものにチェックをしてください

- 診断 薬の処方 説明や助言 話を聞いてほしい 書類作成
 入院や他施設を紹介
 そのほか ()

◇小さかった頃のことをお教えてください (書ける範囲で大丈夫です)

- (出生時) 体重 () g 妊娠週数 () 週で出生
 黄疸があった しばらく泣かなかった
(幼児期) 発達の遅れを指摘されたことがある
(小児期) 落ち着きがなかった 忘れ物が多かった 整理整頓が苦手だった
 友達ができにくかった 無視された いじめられた 暴力を受けた 不登校だった

◇小児期から現在までに 辛かったことがある (学校 家庭 その他の場所 :)

それはどのようなことからですか

()

◇小児期から現在までにかかったことのある病気・けが・手術歴があればお教えてください。

- なし
 高血圧 低血圧 心臓病/不整脈 () 歳~) 糖尿病 () 歳~) 緑内障
 前立腺肥大 腎臓病 胃腸系の病気 脳梗塞 脳出血 肝炎 性感染症
 そのほか ()
 手術歴 () 歳頃 手術内容 ()

◇性格であてはまるものにすべてチェックをつけてください

- 明るい 楽天的 あっさり 友人が多い 礼儀正しい がんこ 短気 おこりっぽい
 あきやすい 派手好き わがまま 負けず嫌い 無口 気難しい 愛想がない
 友人が少ない 几帳面 仕事好き 粘り強い 責任感が強い 遠慮深い 自信がない
 臆病 人見知り そのほか ()

◇趣味

- なし ある ()

◇メディア利用時間についてお教えてください ※学業や仕事での利用時間を除く

- メディア (検索・動画視聴・ゲーム・音楽鑑賞・LINE やメールやインスタなどの SNS) は
 利用しない
 利用する (1日合計) 時間程度)

◇嗜好品についてお教えてください

(飲酒の習慣) お酒を 1 日どれくらい飲みますか

飲まない

飲む 何を・どれくらいの量 () を、1 日 () ml 程度)

(喫煙の習慣) たばこを 1 日どれくらい吸いますか

吸わない (過去に吸っていた)

吸う どれくらいの量 (1 日 () 本程度)

◇信じている宗教はありますか なし ある ()

◇当院の担当医・医療へのご期待・ご要望があればご記入ください

例: 「診断名は言わないでほしい」・「(主訴を) 否定しないで傾聴してほしい」 等

()

たいへんお疲れさまでした

ご記入ありがとうございました