|  |  |
| --- | --- |
| ※患者番号**（**事務記入欄） | 紹介状　あり・なしマイナ保険証　あり（同意　あり・なし）・なし |

**問　診　票**

氏名　　　　　　　　　　様　記入日：R　　年　 月　　日同伴者（氏名：　　　　　　　　関係：　　　）

診察を行う前に、下記のご質問にお答え頂いております。分かる範囲で結構ですので、ご回答をお願い致します。

なお、ご記入いただいた個人情報は、当院での診療行為に関してのみ使用致します。

１．＊ご職業（　　　　　　　　　　）　　＊最終学歴（　　　　　　　　）　＊利き手　（右・左）

＊薬アレルギー（　　　　　　）　＊食物アレルギー（　　　　　　　）　＊その他アレルギー（　　　　　　　）

1. 当院に受診歴のある御家族様はいらっしゃいますか？　□はい（　　　　　　　　　　　　　）　□いいえ

|  |
| --- |
| ３．今回どのようなことでお困りでしょうか？□ゆううつ　　□不安　　□不眠　　□食欲がない　　□性欲がない　　□怒りっぽい　その他： |

４．これまでに心療内科・精神科のクリニックや病院、相談機関での治療・相談をされたことはありますか？

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名・相談機関名 | 科 | 期　間 | あてはまるものに〇 |
|  |  | 年　　月　～　　　年　　月 | 通院 | 入院 | 相談 |
|  |  | 　年　　月　～　　　年　　月 | 通院 | 入院 | 相談 |
|  |  | 年　　月　～　　　年　　月 | 通院 | 入院 | 相談 |

５.ご希望の箇所にチェックしてください。

□：外来通院　　□：入院希望　　□：セカンドオピニオン　　□：相談（ご家族のみ来院）　　□：診断書

□：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 治療中のおからだの病気があれば教えてください。

　（女性のみ　妊娠・授乳　あり（妊娠週数　　　　　）・なし）

（下記７・８の項目は、マイナ保険証による情報取得に同意した患者については省略可能）

1. 現在処方されているお薬があれば教えてください。

1. この１年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診されていますか？（受診時期・指摘事項等）

1. 利用中の社会福祉サービスがありましたら教えてください。

|  |  |
| --- | --- |
| ・自立支援医療　　あり・なし | ・療育手帳　　あり（A1・A2・B1・B2）・なし |
| ・身体障害者手帳　あり（１・２・３・４・５・６　級）・なし | ・障害年金　　あり（１・２・３　級）・なし |
| ・精神障害者保健福祉手帳　あり（１・２・３　級）・なし | ・生活保護受給　　　あり・なし |
| ・介護保険　　　　あり（要支援　１・２　　要介護　１・２・３・４・５）・なし |
| ・ケアマネージャー：事業所（　　　　　　　　　　　　　　　　担当者：　　　　　　　　　　　　　）・その他の支援担当者：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・サービス利用 ：[デイサービス・デイケア・訪問介護・訪問看護・就労支援事業所・その他（　　　　）]・なし |

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お願いいたします。

（◆当院では医療情報取得加算・医療DX推進体制整備加算を算定しております。）

ご協力ありがとうございました　公益社団法人　岐阜病院