

外来問診票

年 月 日

フリガナ
患者様のお名前 _____ 様 男性・女性

大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____) 歳

〒 _____

住所 _____

電話番号 _____

携帯電話 _____

お付き添いの方のお名前・連絡先をお願いします。

フリガナ
相談者のお名前 _____ 様 続柄 _____

相談者の住所 _____

電話番号 _____

携帯電話 _____

ご面倒ですが、診療に役立てるために下記の質問にお答え下さい。

①当院は初めてでしょうか？ [はい ・ いいえ]

「いいえ」の方は以前いつ頃こられましたか？ [_____]

②当院では 初診時または保険変更時に保険証コピーを
確認の為とらせていただいております。

保険証のコピーをとることに 同意します。 [はい ・ いいえ]

③ 今回の受診にあたって、一番困っていることは何ですか？（症状や悩みなど）

[_____]

④ 現時点で、入院のご希望はありますか？ [はい ・ いいえ]

⑤ 今まで「精神科」又は「心療内科」等を受診されたことがありますか？

[受診歴なし ・ 通院のみ ・ 入院した事がある]

裏面にもお答えください⇒

⑥ 患者様の通院・入院歴についてわかる範囲でお答えください。

年 月 日～ 年 月 日（病院名： 通院・入院）（病名： ）

年 月 日～ 年 月 日（病院名： 通院・入院）（病名： ）

⑦ もの忘れ外来ご希望ですか？ [はい ・ いいえ]

⑧ 患者様は何人きょうだいの何番目ですか？お子さんは何人いますか？

[人兄弟 番目 / 子ども： 人]

⑨ 患者様の同居家族の構成を教えてください。

（例：本人を含む同居人数：4人 続柄：長男夫婦 孫1人）

[本人を含む同居人数： 人 続柄：]

⑩ 体の調子はいかがですか？

食欲（ 良好 ・ 普通 ・ 少ない ・ 過食 ）

睡眠（ 良好 ・ 不眠 ・ 昼夜逆転 ）平均睡眠時間（ 時間）

便通（ 良好 ・ 便秘 ・ 下痢 ）

タバコ（ 無 ・ 喫煙する ） 感染症（ 無 ・ 有： ）

アレルギー（ 無 ・ 有： ）

飲酒（しない ・ 週に___日飲む ・ 毎日飲む ）

⑪ 介護保険の認定は受けられていますか？

（受けていない ・ 要支援 1・2 /要介護 1・2・3・4・5 ）

現在のサービス（ :事業所 ）

⑫ よろしければ、当院をお知りになった理由をお聞かせ下さい。

- ・かかりつけ医からの紹介（医療機関名： ）
- ・家族が通院しているから
- ・インターネット
- ・電話帳
- ・その他（ ）
- ・知人、友人からの紹介
- ・雑誌、新聞等
- ・看板

⑬ 最後に、今回の受診でどのようなことを期待あるいは希望されますか？

[]



ご協力ありがとうございました。個人の情報については厳守致します。
むつみホスピタル

受付