

生協さくら病院 新患問診票

2026.4.1改定

診察の参考にさせていただきますので、つぎの質問にお答えください。
答えたくないものは空欄のままで結構ですので、お答えできる範囲で記入をお願いします。

記入者： 本人 ・ 父 ・ 母 ・ その他 () 記入日： 年 月 日

ふりがな		同伴者氏名		続柄
氏名				()
職業/学校名		身長: cm	体重: kg	
		わからない	わからない	
現在、障害者手帳はお持ちですか？	なし ・ あり (身体障害者手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳 ・ 愛護手帳)			
現在、障害者年金の受給はありますか？	なし ・ あり			
治療上、考慮すべき信仰やご事情はありますか？	なし ・ あり (一番下のご要望欄に詳細をご記入下さい)			

1、本日の受診の目的(いつから、どのような症状があるのか)や相談したい内容をお書きください。

(いつ頃から?)

(どんな症状が?)

2、現在、もしくは今までに受診した事のある医療機関について教えてください(精神科、心療内科、他科含む)

医療機関名	病名		通院・入院期間
		外来 ・ 入院 ・ 通院中	
		外来 ・ 入院 ・ 通院中	
		外来 ・ 入院 ・ 通院中	
		外来 ・ 入院 ・ 通院中	

3、現在、服用中のお薬はありますか？ 服用中のお薬がある場合はお薬手帳のコピーを取らせていただいています
ない ・ ある (お薬手帳の持参: あり ・ なし)

※お薬手帳をお忘れの方は分かる範囲で薬品名をお書きください

()

4、アレルギー(薬、食物、アルコール、花粉など)ありますか？ある方は具体的にお答えください

ない ・ ある ()

5、現在の健康状態について教えてください

食欲: ある ・ ない

睡眠: 良い ・ 悪い (寝つきが悪い ・ 夜中に何度も目が覚める ・ 早朝に目覚める)

排便: 回 / 日 (性状: ふつう ・ 軟らかい ・ 硬い)

10、ご家族で患者本人が意思疎通できない時に支援できる方、または医療機関との連絡が取れる方はいらっしゃいますか？

いいえ ・ はい (誰が?)

(その方の連絡先)

※緊急連絡先として登録させていただきます

11、ご家族、ご親戚の中に精神科のご病気や発達の遅れなどがあつた方はいらっしゃいますか？

いいえ ・ はい (誰が?)

(どのような疾患?)

12、施設入所中の方は、入所している施設についてお知らせください

入所している施設名	担当ケアマネ/相談支援専門員	担当者
	あり ・ なし	(所属施設名) (氏 名)

13、女性の方のみお答えください

生理は順調ですか？

順調 (最終月経: 年 月)

・ 不順 ・ ない

現在、妊娠されていますか？

いいえ ・ わからない ・ はい(妊娠

週) ・ 授乳中

14、当院での診察、治療についてご要望などありましたらお書きください。

※当院では診療情報を取得・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します。

◆マイナ保険証での診療情報提供に 同意 (する ・ しない)

問診票は以上です。ご記入ありがとうございました。