



予 診 票 ①

令和 年 月 日 現在

フリガナ 氏名	年齢	歳	性別	男 ・ 女
記入者： 本人 ・ 家族（関係： ） ・ その他の方（ ）				

1・どのような事がお困りで受診されましたか？（症状については、「いつ頃から始まり、どのように変化してきたか」、具体的に記入をお願いします）	
2・お困り事・症状が出たきっかけについて、思い当たる事柄があればご記入ください。	
3・今まで精神科・心療内科を受診したことがありますか？ 最近の受診から順にご記入ください	ある ・ ない ① 年 月～ 年 月（医療機関名： ） ② 年 月～ 年 月（医療機関名： ）
4・現在治療中、または今までにかかったお体の病気やケガについて教えてください。	以下の病気に当てはまるものに○をつけてください 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症 緑内障 ・ 気管支喘息 ・ 脳卒中（脳梗塞、脳出血など） その他の病気・ケガについては以下にご記入ください 病名（ ）、年齢（ ）歳、病院名（ ） 病名（ ）、年齢（ ）歳、病院名（ ）
5・おくすり手帳を持参されていない方は、現在服用中のお薬をご記入ください。	
6・現在利用中の保健福祉サービスがあれば右記に○か記入をお願いします。	療育手帳 ・ 特別児童扶養手当 ・ 放課後等デイサービス 自立支援医療 ・ 精神障害者福祉手帳 ・ 障害年金 就労移行支援 ・ 就労継続支援 A 型/B 型 ・ 生活介護 訪問看護 ・ 訪問介護 ・ 通所デイサービス ・ 通所デイケア ほか（ ）
7・その他、自由記載	

以下に当てはまるものに○を、（ ）内に記入をお願いします

○ アレルギー： あり（薬、食べ物など： ） ・ なし

○ たばこ： 吸う ・ 過去に吸っていたがやめた ・ 吸わない
（期間： 、 頻度：1 日 本程度）

○ 酒： 飲む ・ 過去に飲んでしたが止めた ・ 飲まない
（期間： 、 頻度：週に 回、 酒の種類： 、 量： ）



予診票 ②

氏名:

殿

- 睡眠状況: 布団に入る()時→眠りにつく()時→完全に目が覚める()時→布団を出る()時
夜中に目が覚める回数:()回、夜中にトイレに行く回数:()回
- 食事状況: 食欲: ある ・ ない、食事量: 増えている ・ 変わらない ・ 減っている ・ 全くとれない
食事回数:1日()回、朝食をとりますか?: はい ・ いいえ
- 排便状況: 頻度:()日に()回程度
便の性状: 硬い ・ 普通 ・ 軟らかい ・ 下痢
- 趣味気晴らし:

【 女性の方へ 】

- 生理: 順調 ・ 不順 ・ 閉経
- 現在妊娠をしている: している (約 ヶ月) ・ していない ・ しているかもしれない
- 現在母乳を授乳中ですか: はい ・ いいえ

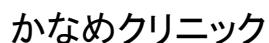
経歴についてお聞きします

- 生まれ・ご出身は?
- 出生時・発達の遅れの指摘: ない ・ わからない ・ ある ()
- 子供のころはどうでしたか? つらかった ・ ふつう ・ たのしかった ・ わからない

学生時代についてお聞きします

- 小学校 成績: 良い ・ ふつう ・ 悪い ・ いじめや不登校
- 中学校: 成績: 良い ・ ふつう ・ 悪い ・ いじめや不登校
- 高校 成績: 良い ・ ふつう ・ 悪い ・ いじめや不登校
- 大学: 成績: 良い ・ ふつう ・ 悪い ・ いじめや不登校
- クラブ活動:
- 最終学歴: 中学 ・ 高校 ・ 大学(短期大学など含む) を、卒業 ・ 中途退学

.	性格について、当てはまるものを○で囲んで下さい。			
	○ 人見知り傾向	なし ・ あり	【 もとから ・ この頃 】	
	○ 明るい	はい ・ ふつう ・ 暗い、おとなしい		
	○ 神経質、心配症	はい ・ ふつう ・ 気にしない		
	○ 人目を気にする	はい ・ ふつう ・ 気にしない		
	○ 完璧主義、几帳面	はい ・ ふつう ・ 大ざっぱ		
	○ まじめ	はい ・ ふつう ・ ふまじめ		
	○ がんこ、こだわる	はい ・ ふつう ・ 気にしない		



殿

	○ 多い ・ ふつう ・ 少ない ・ この頃は少ない
	○ 深い ・ 浅い

☐ ご兄弟はいますか？：	いる ・ いない いる場合、（ ）人中の 番目）
☐ 結婚の経験がありますか？：	ある ・ ない ある場合、子供が（ ）人いる ・ いない
☐ 同居家族：	いる ・ いない いる場合、間柄は（ ）
☐ 御家族・親戚の中に精神科にかかっている方はいますか？	いる ・ いない ・ わからない いる場合、間柄は（ ）

本日は、右記のいずれをご持参されましたか？	☐ 健康保険証 ☐ マイナンバーカードの保険証 (以下、マイナ保険証)
マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。	あなたの診療情報(服薬歴、健診歴など)を当院が取得することに同意されましたか？ ☐ 同意した ☐ 同意していない
他の医療機関の紹介状はお持ちですか？	☐ はい ☐ いいえ
直近1年間で健診(特定健診・高齢者健診など)受けていれば書いて下さい。(マイナ保険証利用し情報取得に同意された方は記載不要)	健診名： いつ頃：

再診時：1点(3ヶ月に1回算定)