

ID: _____

問 診 票

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日 (歳)
名前		男・女	電話番号	
Web 問診はご利用されましたか? はい or いいえ → いつ頃送信されましたか? [月 日頃]				
マイナ保険証による診療情報の取得に同意しましたか? はい or いいえ				
本日、他の医院からの紹介状をお持ちですか? はい (受付にお渡しください) or いいえ				
※Web 問診をご利用の方は、ここから下はご記入不要です				
メールアドレス				
住所	〒			
出身地		実家の構成		
最終学歴		現在同居している人		
現在のご職業		仕事内容		

お酒は飲みますか?	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (週に 日、 を 本・合くらい)
タバコは吸いますか?	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本くらい)
薬や食品でアレルギーを 起こしたことがありますか?	<input type="checkbox"/> ある (具体的に:) <input type="checkbox"/> ない
現在、授乳中や妊娠中ですか? ※女性のみ	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 妊娠中 (ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中 (乳幼児の年齢 歳 ヶ月)

ご自身をどのような性格だと思えますか?	
これまでに経験された大きなケガや病気、持病はありますか?	
ご親族に精神疾患を患われた方はいらっしゃいますか?	
これまでに心療内科・精神科に通院されたことがある方	(受診時期、医療機関名)
現在服用している薬、過去に服用していた薬がある方	(薬の名前)
自立支援制度をご存じですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申請中・更新中

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おります。
正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

● 現在どのようなことでお困りですか？ あてはまるものにチェックをしてください。(複数回答可)

- A：気分の落ち込み、不眠、食欲低下などに関するご相談
- B：動悸やめまい、呼吸苦、突然の不安感などに関するご相談
- C：職場のトラブル、休職のご相談
- D：発達障害やその疑いに関するご相談 ※Dにチェックされた方は裏面もご記入ください
- E：その他、様々なご相談（上記にあてはまらない、よくわからない）

● 具体的にはどのようなことでお困りでしょうか。(Dにチェックをされた方は下記もご記入ください)

【D】発達障害やその疑いに関するご相談にチェックをされた方へ

下記項目について、あてはまる番号に○をしてください。

	めったにない	たまにある	しばしばある	いつも
● 対人関係・コミュニケーションが苦手である また、子供のころは友達が少なかった	1	2	3	4

2～4に○をされた方：これまでに家庭・学校・職場などで困ったこと・気になったことを具体的にお書きください。

● こだわりが強い また、子供のころによく指摘されていた	1	2	3	4
---------------------------------	---	---	---	---

2～4に○をされた方：これまでに家庭・学校・職場などで困ったこと・気になったことを具体的にお書きください。

● ミスが多い、忘れ物が多い また、子供のころによく指摘されていた	1	2	3	4
--------------------------------------	---	---	---	---

2～4に○をされた方：これまでに家庭・学校・職場などで困ったこと・気になったことを具体的にお書きください。

● 落ち着きがないとよく言われる また、子供のころによく指摘されていた	1	2	3	4
--	---	---	---	---

2～4に○をされた方：これまでに家庭・学校・職場などで困ったこと・気になったことを具体的にお書きください。

● コンサータの希望はありますか？ はい いいえ わからない