

診 察 申 込 書

No. _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ			性別	男・女	電話番号	
氏 名					自宅	- -
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日		歳	携帯	- -
住 所	郵便番号 (-)					
一緒に こられた方			続柄		ご連絡先	- -
住 所	郵便番号 (-)					
紹介状（診療情報提供書） ◆ 持参 受付窓口に 提出して下さい ◆ なし						
以前に大江病院又は他の精神科病院およびクリニックで診察を受けたことがありますか？						
◆はい	約 _____ ヶ月前 / 約 _____ 年前				あなたの身長体重は？	
◆いいえ	() 病院・クリニック				身長 _____ cm	体重 _____ kg

※当院は、マイナ保険証の利用により診療情報の取得及び活用をすることで、より質の高い医療の提供に努めて参ります。
(詳しくは、院内掲示をご覧ください。)

マイナ保険証の利用を _____ します ・ _____ しません
(どちらかに ○ をつけて下さい。)

① 本日の受診目的 * 下記の質問の当てはまるものに○をしてください

- | | | | |
|-------------------------|-----|---------------|-----------|
| ◆治療 | ◆検査 | ◆障害年金診断書の作成 | ◆各種診断書の作成 |
| ◆認知症疾患医療センターの鑑別診断 | | | |
| ◆介護、福祉サービス認定等の主治医意見書の作成 | | ◆その他(_____) | |

② 本日あなたが受診された症状ついて、具体的に記入してください。

(いつ頃から・きっかけとなった出来事など) ※この後、ご記入内容をもとにお話を伺います。

③ 現在とこれまでの生活（退職されている方は、かつての主な職業）

出生地(_____)	最終出身学校(_____)	在学中・卒業・中退)
現在又はかつての職業(_____)	勤務年数	約 _____ 年)
仕事の内容(_____)		

④ ご家族等について教えてください。

* 家族構成等を記入し、該当項目に○をしてください

親	父（健在・他界・離婚）	母（健在・他界・離婚）
	お名前 _____ 歳	お名前 _____ 歳
配偶者	（未婚・他界・離婚） 既婚→ お名前 _____ 歳	
子 供	①男・女 _____ 歳 ②男・女 _____ 歳 ③男・女 _____ 歳 ④男・女 _____ 歳	
兄 弟 姉 妹	①男・女 _____ 歳 ②男・女 _____ 歳 ③男・女 _____ 歳 ④男・女 _____ 歳	
	⑤男・女 _____ 歳 ⑥男・女 _____ 歳	

⑤ 気になる症状について * 下記の質問の当てはまるものに○をしてください

睡眠	◆不眠 ◆途中で目が覚める	◆寝付かれない ◆早朝に目がさめる	◆浅眠
食欲	◆食欲がない ◆拒食	◆食欲旺盛 ◆過食	
情緒・気分の変化	◆何もする気がしない ◆ゆううつ ◆涙もろい ◆集中力ががない ◆イライラ ◆落ち着かない ◆あせる ◆気分が落ち込む ◆不安感 ◆動くのがおっくう ◆楽しくない ◆ささいなことで興奮 ◆仕事を手につかない ◆悩み、心配事が多い ◆緊張しやすい ◆考えがまとまらない ◆死にたい気持ちになる ◆おしゃべりになった ◆攻撃的 ◆声などが聴こえる ◆周囲の人が自分の悪口を言う ◆いつも嫌がらせをされている ◆物事を悪く受け取ってしまう ◆盗聴されていると思う ◆誰かに見張られている感じがする		
物忘れなど	◆新しい事が覚えられない ◆同じ事を言ったり聞いたりする ◆日時、場所、人物などがわからない ◆独り言を言う ◆お金・通帳が盗まれる ◆食べ物以外の物を口にする ◆今まで出来ていたことができない ◆介護されるのを嫌がる ◆現実にはない物が見えたり、聴こえたりする ◆何かを探しまわったり、どこかに行って戻れなくなる ◆ささいなことで大声を上げたり手を挙げる ◆昼と夜が反対になった		
体調など	◆吐き気 ◆嘔吐(おうと) ◆自傷行為 ◆けいれん ◆パニック発作 ◆動悸(ドキドキ) ◆冷感 ◆疲れやすい ◆呼吸がしづらい ◆手足のしびれ ◆下痢 ◆便秘 ◆頭痛 ◆肩こり ◆体重が減った		

⑥ 現在飲んでいる薬がありますか？

- ◆はい ⇒ お薬手帳や薬の名前が分かるものを持参されてますか？
 ◆はい ⇒ そちらを提出してください。
 （薬を持参されている方は外来看護師にお知らせください。）
 ◆いいえ ⇒ 薬の名前をすべて記入してください。

⑦ 今までの大きな病気、現在通院している病気についてご記入ください。

時 期	病 名	病 院 名	○をしてください
年頃 歳頃			通院中 ・ 通院歴有 ・ 入院歴有
年頃 歳頃			通院中 ・ 通院歴有 ・ 入院歴有
年頃 歳頃			通院中 ・ 通院歴有 ・ 入院歴有
年頃 歳頃			通院中 ・ 通院歴有 ・ 入院歴有
年頃 歳頃			通院中 ・ 通院歴有 ・ 入院歴有
年頃 歳頃			通院中 ・ 通院歴有 ・ 入院歴有

⑧ 薬や食べ物で、アレルギーをおこしたことがありますか？

- ◆はい ⇒ 薬 _____
 ◆いいえ 食品 _____
 その他 _____

⑨ あなたは「アルコール」を飲みますか？

- ◆毎日飲む ◆時々飲む ◆飲まない ◆約（ ）年前にやめた

◆ビール 350ml・500ml 缶/日

◆ウイスキー 杯/日

◆焼酎 ◆日本酒 合/日

◆ワイン ◆その他（ ） /日

* 飲酒による問題行動がありましたか？ ◆あり ◆なし

⑩ 介護保険の申請はしていますか？

- ◆済み ◆なし ◆申請中 ◆今後申請予定（記入用紙をお渡しします）

→ 介護認定区分 （要支援 1・2）（要介護 1・2・3・4・5）

※ 当院では、原則、お名前をお呼びいたしておりますが

- ・ お名前を呼ばれたくない方

上記、ご希望の方は受付にお申し出下さい。

ご協力ありがとうございました。

尚、お分かりにならないことがございましたら外来看護師におたずねください。