



北本駅前こころのクリニック

ご記入いただいた個人情報に付きまして、診療の目的以外で使用することは有りません。

ふりがな _____

氏名 _____ (男 女) 生年月日 昭・平 _____ 年 月 日

〒 _____
住 所 _____

電話番号
携帯 _____ () / 自宅 _____ ()

ご本人様以外の緊急の連絡先 _____ () ふりがな _____
氏名 _____ ご関係 ()

下記の中に現在使用されている制度があれば、○をつけて下さい。

自立支援医療制度 精神障害者保健福祉手帳(級) 障害年金 福祉 3 医療費助成制度 身体障害者手帳

※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いたします。

下記項目をお読みいただき、ご了承いただけましたら に と、最後にサインをお願いいたします。

当院は原則主治医制となります。

原則的に初診にて診察を行った医師が主治医となります。次回以降の診察は主治医の外来診察日にご予約をお願いいたします。止むを得ない事情で主治医変更を希望される場合は受付にてご相談ください。

当院は軽症から中等症の方を治療の対象としています。

当院は原則として入院を必要としない、軽症～中等症の方を対象とした精神科、心療内科のクリニックです。重症度が高い方(例:自殺が切迫している方、暴れたり大声をあげるなど不穏が著しい方、自傷他害の恐れのある方、重度の食事摂取困難、著しい体重減少のある方など)は、近隣の入院設備のある医療機関をご紹介します。

当院は完全予約制になります。以下についてご了承ください。

当院は院内の混雑緩和のために予約制を採用しておりますが、同じ時間帯に複数の患者様のご予約を頂くと、**時間帯予約制のため、診察の時間をお約束するものではありません。**診察状況により 30 分～1 時間程度の待ち時間が発生する可能性があります。

再診の方を優先して診療するため、初診の方の診察の順番が前後することがございます。

緊急対応が必要な方などを優先して診療するため、診察の順番が前後することがございます。

原則、予約時間より早く来られても予約時間より早くお呼びすることはありません。

予約時間に遅刻された場合、予約時間通りに来院された方を優先して診療するため、待ち時間が長くなる可能性があります。

(次のページに続きます)

(前ページからの続き)

- 前回受診から 3 ヶ月以上経過している方で、前回と症状やお困りごとが大きく異なる方は初診として扱いますので、インターネット予約の場合、初診枠からご予約ください。
万が一再診枠からご予約された場合、当日十分な診療時間が取れない可能性があるため、長時間お待たせしたり別日への予約変更をご案内する場合がございます。
- 必ず予約したご本人がご来院ください。予約名と異なる方がご来院された場合、受診をお断りします。
- 初診予約はお一人様 1 枠までです。複数の連絡先を用いて同じ方が複数の初診予約を取られた場合や、ご家族や知人の名前でご予約された場合、受診をお断りします。
- 初診から患者様のご家族のみでの受診は出来ません。必ず患者様ご本人がご受診ください。
- 予約のキャンセルや変更につきましては、必ず事前にご連絡頂くか、インターネット上から予約変更をお願いいたします。
- 当院では摂食障害や人格障害、PTSD など、専門的な治療プログラムを要することが多い精神疾患については原則対応しておりません。ご理解の程よろしくお願い申し上げます。
- 原則、院長が前所属先で担当していた患者様の受診はお断りしております。
- 以下の方は受診を固くお断りします。また悪質な場合は警察に通報いたします。**
 - 他の患者様や当院医師、スタッフに対し**暴言、暴力、威圧的言動、その他迷惑行為**が認められる方(ご家族、知人などの付き添いの方や電話口での発言も含みます)
 - 当院の処方薬を譲渡、転売するなど、明らかな違法行為を行っている方
 - 当院に対し、不当な要求を繰り返す方
 - その他当院のルールを守って頂けない方
- 月初めで**保険証をお忘れの場合は一旦自費**となります。後日、保険証確認後に差額を返金いたします。
- 患者様の情報を文書にて提供する際、保険適用外(各種診断書や産業医に対する情報提供など)の場合は自費になりますので事前に了承下さい。
- 当院の書式以外の診断書やその他の書類は作成に 1~4 週間ほどお時間をいただいております。予めご了承下さい。

年 月 日 氏名





北本駅前こころのクリニック

問診票

当クリニックにはじめてお越しの方には、問診票をご記入いただいております。

ご記入いただいた個人情報につきましては、診療の目的以外で使用することはありません。

フリガナ

記入日 年 月 日

氏名

< 同伴者 なし / あり (どなたと _____) >

いつから、どんなときに、どのような症状がありますか？具体的にご記入ください。

いつから

どんなときに

どのような症状 < 記入例：眠れない、気分の滅入り、不安になる、イライラする、頭痛…など >

①

②

③

④

⑤

症状の原因や誘因について、思い当たることがあれば記入してください。

< 家庭、学校、職場など。生活環境や人間関係のストレスについても心当たりはありませんか？ >

これまでに心療内科・精神科・神経科を受診したことがありますか？

ない / ある < 紹介状をお持ちの方は受付にご提出ください >

① 年 月から 年 月 どこに

② 年 月から 年 月 どこに

これまでわずらったことのある身体的な病気はありますか？

ない / ある < 治療済み・現在治療中 >

①病名 歳 医療機関名

②病名 歳 医療機関名

心臓疾患や健診などで心電図異常を指摘されたことがありますか？

ない / ある < 治療済み・現在治療中 >

①病名 歳 医療機関名

現在服薬中の薬はありますか？ < お薬手帳をお持ちの方は記入不要です >

ない / ある < 薬剤名： >

現在の状況について記入、または該当するものに○をつけてください。

身長 cm 体重 kg < やせた / 変わらない / 太った >

食事 回/日 食欲 あり / なし

飲酒習慣 なし / あり < 何を どのくらい /日 >

喫煙習慣 なし / あり < 歳から どのくらい 本/日 >

アレルギー なし / あり < どのようなアレルギーですか？ >

月経(女性のみ) 順調 / 不順 / 停止中 / 妊娠中

月経前にひどくイライラする、落ち込むなどの精神症状はありますか？ いいえ / はい

最近の睡眠状況についてお聞きします。

就寝時間 時 分 起床時間 時 分

睡眠状況 < 不眠・寝つきが悪い・途中で目が覚める・朝早く目が覚める・朝起きられない >

ご本人やご家族の状況についてお聞きします。

ご結婚されていますか？ 既婚 / 未婚

ご兄弟はいますか？ いる< 人中 番目> / いない

現在どなたとお暮らしですか？ < _____ >

ご家族・ご親戚の中で、心療内科や精神科を受診された方はいらっしゃいますか？

いない / いる

(関係： _____) が (病名： _____) で、通院していた / 通院中

(関係： _____) が (病名： _____) で、通院していた / 通院中

最終学歴と職歴についてお聞きします。

最終学歴 < _____ > 卒業

職 歴 現在 <職種： _____ > を、< _____ > 年目

過去① <職種： _____ > を、< _____ > 年間

過去② <職種： _____ > を、< _____ > 年間

過去③ <職種： _____ > を、< _____ > 年間

