

# 初診時アンケート

来院日 年 月 日

当院を初めて外来受診される方のみ、「初診時アンケート」をお願いしております。

ご回答いただいた内容は、診療に影響するものではなく、また患者様のプライバシーは当院が責任をもってお守りすることをお約束いたします。

お名前	ふりがな	性別	男・女	生年月日	年 月 日	年齢	満 才
ご住所	ふりがな						
ご連絡先	ご自宅	-	-	携帯電話	-	-	ご自宅にお電話を差し上げる際 病院名を出してよろしいですか。 はい・いいえ

該当する項目の( )に○をご記入ください。

<b>Q1:何を参考に来院されましたか?</b> ( ) 他院の紹介 [ ] → 紹介状 ( ) あり ( ) なし ( ) 他施設の紹介 [ ] ( ) 知人・家族の紹介 ( ) 会社、学校の紹介 ( ) 街頭看板 ( ) 電話帳 ( ) 救急搬送 ( ) インターネット (当院のホームページ) ( ) その他 [再来受診 (3ヶ月以上) ]
<b>Q2:ご希望の診療科目</b> ( ) 精神科 (診療内科を含む) ( ) 内科
<b>Q3:ご希望の治療</b> ( ) 医師による精神療法 ( ) 薬物療法 ( ) 心理カウンセリング
<b>Q4:入院治療ご希望の有無</b> ( ) 入院を希望する ( ) 入院を希望しない
<b>Q5:心療内科または、精神科にこれまで当院を含め受診したことがありますか?</b> ( ) ない ( ) ある [ 病院名・クリニック・施設名 いくつ頃ですか? 昭和 ・ 平成 年 月 頃 ]
<b>Q6:アレルギーはありますか?</b> ( ) ない ( ) ある [ 具体的に ]
<b>Q7:お酒、たばこについてお聞かせください。</b> ・お酒 ( ) 飲まない ( ) 飲む ・煙草 ( ) 吸わない ( ) 吸う
<b>Q8:現在治療中の病気や慢性疾患はありますか?</b> ( ) ない ( ) ある [ 具体的に ]
<b>Q9:現在飲んでいる薬はありますか?</b> ( ) ない ( ) ある [ お薬手帳持参・ない方は薬剤名を記入 ]
<b>Q10:現在の症状をお聞かせください。※複数回答可</b> ( ) 不眠 ( ) ストレス ( ) 心身症状 ( ) 飲酒 ( ) 耳鳴り ( ) 不安 ( ) 対人関係困難 ( ) 憂うつ感 ( ) 眠気 ( ) 幻覚 ( ) イライラ ( ) 疲労倦怠 ( ) 物忘れ ( ) 不快感 ( ) めまい ( ) その他 [ ]

裏面もご記入ください

Q 11 : マイナ保険証による診療情報取得に同意

しない  する  もってない

Q 12 : 40 歳以上の方 この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診したことが

ない  ある  わからない

Q 13 : 女性の方 現在妊娠中又は授乳中

該当  該当しない

その他気になる点やご不安な点などありましたらご記入下さい

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致します。

ご協力ありがとうございました。

医療法人 純和会 矢作川病院