

初診の患者様

令和 年 月 日

◎受診される方

ふりがな

生年月日

氏名 男・女 大・昭・平 年 月 日

住所 〒 -

電話番号 () (職業 / 無職)

携帯番号 ()

◎その他の連絡先 (家族または付き添いの方など)

ふりがな

氏名 男・女 続柄

住所 〒 -

電話番号 () 携帯番号 ()

- ・必要に応じて保険証及び免許証をコピーさせていただくことがあります。
- ・患者様の間違いをなくすために、氏名でお呼びだしさせていただきますが、差しつかえがある場合はお申し出下されば対応致します。

お手数ですが診察にあたり、次の質問にお答え下さい。該当項目に○を付けて下さい。

① 当院を何で知りましたか？

- ・ホームページ (インターネット) ・タウンページ ・家族の紹介
- ・知人の紹介 ・医療機関の紹介 ・その他 ()

② 本日来院されたのは？

- ・本人の希望で来院した ・家人のすすめ ・知人のすすめ
- ・他の医療機関の紹介
- ・障害者手帳、療育手帳をお持ちの方にお尋ね致します。
障害者手帳 (級) 療育手帳 (級)

③ どのような事で受診されましたか？

- ・イライラする ・不安な気持ちになる ・夜眠れない
- ・食欲がない ・何事にも意欲が起こらない ・身体がだるい
- ・最近物忘れがひどい ・乗り物などに乗れない
- ・その他 ()

④ ③のような事はいつからですか？

- ・ () 日くらい前 ・ () ヶ月くらい前
- ・1年以上前 (年位)

裏面に続く

- ⑤今の症状でどこかの病院を受診した事がありますか？
・ある（紹介状 あり・なし ） ・ない
- ⑥食べ物やお薬でアレルギー反応（湿疹、じんましんなど）を起こした事がありますか？
・ある（食品名または薬剤名 ） ・ない
- ⑦ビール、酒などアルコールを飲まれますか？
・飲む（ ）日に（ ）を（ ）本くらい
・時々飲む ・全く飲まない
- ⑧現在、他の病院で治療を受けていますか？
・受けている{ 病名：糖尿病 ・高血圧 ・心臓の病気 ・その他（ ）
病院名（ ）}
・受けていない
- ⑨今までに大きな病気やケガや手術をした事がありますか？
・ある（ ）才（病名 ） ・ない
- ⑩現在、何かお薬を飲まれていますか？
・飲んでいる（ 薬名 ） ・飲んでいない
- ⑪下記のいずれかに該当しますか？
・自立支援医療受給中 ・精神障害者手帳あり
・障害者年金受給中 ・いずれも該当しない
- ⑫この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？ ・はい ・いいえ
- ⑬現在、どなたと同居されていますか？
・一人暮らし ・親 夫 妻 子供（ ）人 孫（ ）人 ・その他
- ⑭女性の方へ
最終月経はいつ頃ですか？ ・ 月 日頃から ・ずっとない
月経は定期的にありますか？ ・はい ・いいえ
現在、妊娠している可能性はありますか？ ・はい ・いいえ
- ⑮緊急時に病院名を出してご自宅にお電話しても良いですか？
・はい ・いいえ
- ⑯マイナ保険証による情報取得に同意しますか？ ・はい ・いいえ
- 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。
- ⑰その他、伝えたい事がありましたらお書き下さい。
（記述者 ）
-
-