

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お願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算

マイナ保健証を利用しない場合・・・初診時 加算1 4点(6点)、(再診時 加算3 2点(1ヶ月に1回))

マイナ保健証を利用する場合・・・初診時 加算2 2点

()は令和5年4月～12月の特例措置による加算点数となります

- 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)