

初めて診察を受けられる方へ

受診日 年 月 日

フリガナ お名前	性別 男・女
生年月日 T・S・H・R 年 月 日	年齢 歳
現住所 〒	
電話番号 (自宅) (携帯)	
緊急時連絡先 (TEL)	(名前) (続柄)
<p>① <u>マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか?</u> <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>② <u>この1年間で「特定検診」、または「高齢者検診」を受診しましたか?</u>  <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ                  受診期間：                  指摘事項：</p> <p>③ <u>当院をどこでお知りになりましたか?</u>  <input type="checkbox"/>役所 <input type="checkbox"/>知人 <input type="checkbox"/>インターネット <input type="checkbox"/>他の医療機関  <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>④ <u>過去の病気 (身体的・精神的)</u>  <input type="checkbox"/>緑内障 <input type="checkbox"/>ぜんそく <input type="checkbox"/>重症筋無力症 <input type="checkbox"/>前立腺肥大  <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>結核  <input type="checkbox"/>現在通院中／通院場所 ( )                  ・その他ご記入下さい</p> <p>⑤ <u>薬物アレルギー (有・無)</u>                  内容</p> <p>⑥ <u>現在服用中の薬 (常備薬)</u>                  名称 (わかる範囲で)</p> <p>⑦ <u>その他 (嗜好品)</u>                  喫煙 <input type="checkbox"/>吸わない  <input type="checkbox"/>吸う (1日 本 )                  飲酒 <input type="checkbox"/>飲まない  <input type="checkbox"/>たまに飲む  <input type="checkbox"/>ほぼ毎日飲む                  (1日 を 本(ml))</p>	<p>⑧ <u>いつから、どのような症状がありますか?</u>                  ・いつから H・R 年 月 日ごろから                  ・どんな症状がありますか?                  ・そのことで別の心療内科・精神科で診てもらいましたか?  <input type="checkbox"/>いいえ  <input type="checkbox"/>はい H・R 年 月                  ・紹介状はお持ちですか? <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>⑨ <u>妊娠中ですか</u> <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>⑩ <u>授乳中ですか</u> <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>⑪ <u>自立支援医療は利用されていますか?</u>  <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>⑫ <u>手帳・年金はお持ちですか?</u>  <input type="checkbox"/>精神障がい者手帳 ( 級)  <input type="checkbox"/>療育手帳 <input type="checkbox"/>A <input type="checkbox"/>B1 <input type="checkbox"/>B2  <input type="checkbox"/>障害年金 ( 級)</p> <p>※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。</p>