

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)
① マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ② 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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 受診期間： 指摘事項： ③ 家族構成（同居の方に○をつけてください） 父親 母親 兄 姉 弟 妹 祖父 祖母 その他（ ） ④ 発達に関してなにか気になることはありましたか？ ⑤ 1歳半健診・3歳児健診で何か指摘を受けましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 指摘事項： ⑥ 当院をどこでお知りになりましたか？ <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（ ） ⑦ 過去の病気（身体的・精神的） <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 脳炎 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 現在通院中／通院医療機関（ ） ⑧ 食べ物のアレルギー（有 ・ 無） 内容		⑨ 現在服用中の薬（常備薬） 名称（わかる範囲で） ⑩ いつから、どのような症状がありますか？ ・ いつから H・R 年 月 ごろから ・ どんな症状がありますか？ ・ そのことで別の小児科・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 ⑪ 自立支援医療は利用されていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⑫ 手帳・年金はお持ちですか？ <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） ※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。	