

初めて診察を受けられる方へ

受診日 年 月 日

スリガナ お名前		性 別 男・女	
生年月日 T・S・H・R		年 月 日	年 齡 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</p> <p>受診期間 :</p> <p>指摘事項 :</p> <p>③ <u>家族構成 (同居の方に○をつけてください)</u></p> <p>父親 母親 兄 姉 弟 妹</p> <p>祖父 祖母 その他 ()</p> <p>④ <u>発達に関してなにか気になることはありましたか?</u></p> <p>⑤ <u>1歳半健診・3歳児健診で何か指摘を受けましたか?</u></p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>指摘事項 :</p> <p>⑥ <u>当院をどこでお知りになりましたか?</u></p> <p><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>⑦ <u>過去の病気 (身体的・精神的)</u></p> <p><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 ()</p> <p>⑧ <u>食べ物のアレルギー (有・無)</u></p> <p>内容</p>			
<p>⑨ <u>現在服用中の薬 (常備薬)</u></p> <p>名称 (わかる範囲で)</p> <p>⑩ <u>いつから、どのような症状がありますか?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ いつから H・R 年 月 ごろから ・ どんな症状がありますか? <p>・ そのことで別的小児科・心療内科・精神科で診てもらいましたか?</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい H・R 年 月</p> <p>・ 紹介状はお持ちですか? <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></p> <p><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></p> <p><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>			