

## 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 <sup>〒</sup>					
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>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>④ <u>過去の病気(身体的・精神的)</u></p> <p><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／通院医療機関 ( ) ・その他ご記入下さい</p> <p>⑤ <u>薬物アレルギー(有・無)</u></p> <p>内容</p> <p>⑥ <u>現在服用中の薬(常備薬)</u></p> <p>名称(わかる範囲で)</p> <p>⑦ <u>その他(嗜好品)</u></p> <p>喫煙 <input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う(1日 本 )</p> <p>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></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>いつから H・R 年 月 日ごろから</li> <li>どんな症状がありますか?</li> <li>そのことで別の心療内科・精神科で診てもらいましたか?</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい H・R 年 月</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>紹介状はお持ちですか? <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</li> </ul> <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></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>	

※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。