

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 <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 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： 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 () 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／通院医療機関 () ・その他ご記入下さい ⑤ <u>薬物アレルギー (有・無)</u> 内容 ⑥ <u>現在服用中の薬 (常備薬)</u> 名称 (わかる範囲で) 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))		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 ⑨ <u>妊娠中ですか</u> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⑩ <u>授乳中ですか</u> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 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 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) ※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。	