

初診時間診票

可能な範囲でご記入ください（ご家族の方が書いていただいても結構です）

フリガナ 氏名	性別 男 女	生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日(歳)
〒 住所	都 道 市 区 府 県 郡 町	
電話番号		

・本日相談したい内容や、あるいは困っていることを教えてください

(いつ頃からかも教えていただくと助かります)

・他の医療機関からの紹介状はありますか (有 無)

・現在、他の医療機関に通院していますか (有 無)

医療機関名 ()

・現在、服用しているお薬はありますか (有 無)

・これまでに入院・手術をするような病気にかかったことはありますか(有 無)

・この1年間で特定健診や高齢者健診を受けたことはありますか (有 無)

・食物や薬のアレルギーはありますか (有 無)

・現在、妊娠中又は授乳中ですか (有 無)

・マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか (はい いいえ)

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をお願いいたします。

あなたの生活やご家族についても、可能な範囲で教えてください

・兄弟姉妹や家族構成を教えてください（例 夫40歳 長男8歳 兄29歳、別居）

[]

・血のつながった家族の中で精神科・心療内科を受診したことがある方はいらっしゃいますか
(有 無)

[]

・最後に通っていた学校について教えてください

中学校 高校 専門学校 短期大学 大学 大学院

[]

・これまでのお仕事について教えてください(いつから、どのような内容のお仕事か)

[]

・飲酒の習慣はありますか (有 無)

[]

・喫煙の習慣はありますか (有 無)

[]

・自立支援制度や介護保険制度などをご利用中ですか (有 無)

[]