

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	性別	生年月日
氏名	男 女	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)

()

・よろしければ、当院をお知りになったきっかけを教えてください。

(知人・家族 他医療機関 ホームページ その他)