

はじめて受診される方へ

患者 ID				記入年月日	令和	年	月	日
フリガナ		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平			年齢
氏名					年	月	日	
住所	〒 電話 ()							

下記項目にお答えください【ご記入いただいた個人情報、当院での診療行為に関してのみ使用します】

★マイナ保険証による診療情報取得に同意いたしましたか？ いいえ はい **★**

1. どのようなことでお困りですか？ _____

2. それはいつ頃からですか？
_____年 _____月頃（あるいは_____歳頃）
3. 今までに他の（精神科/心療内科）医療機関に行かれたことはありますか？
いいえ はい（ _____ ）歳 施設名：(_____) 担当者：(_____ 先生)
4. 今までにかかった主な病気やケガはありますか？ 他の医療機関に通院していますか？
(_____) 歳 病名：(_____)
5. 現在、処方されている薬はありますか？
いいえ はい（薬剤名： _____)
6. 薬や注射でアレルギー反応を起こしたことがありますか？
いいえ はい（ _____)
7. お酒を飲まれますか？
いいえ はい（頻度【 毎日・週 _____ 回・時々 _____ 】）
8. タバコは吸われますか？
いいえ はい（1日 _____ 本程度） 禁煙した
9. ご家族・あなた自身のことについてお聞きします。
* 現在同居している家族構成と年齢 例：母（60歳） 弟（20歳）
（ _____ ）
* 最終学歴 学校名（ _____ ） 在学中 中退 卒業
* 現在の職業（ _____ ） * 職歴（ _____ ）
* あなたの性格（社交的 非社交的 神経質 几帳面 真面目 話し好き 明るい 短気 消極的）
10. どこで当院をお知りになりましたか？
他の医療機関からの紹介・知人の紹介・ホームページ・タウンページ・看板・その他

☆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。

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 加算1：6点 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）】