

はじめて診察を受けられる方へ

		受診日： 年 月 日	
ふりがな		性別	職業
お名前		男・女	
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)		
ご住所	〒		
電話番号	自宅：		携帯：
	※必要な場合、当クリニック名でご連絡を差し上げてかまいませんか (はい いいえ)		
緊急時の連絡先 (本人様以外)	氏名：	続柄：	連絡先：
本日の同伴者	なし ・ あり ⇒氏名：		続柄：
記入者氏名	ご本人 その他の方 ()		

※以下の質問は差し支えない範囲でご記入ください。お答えが難しい箇所は空欄のままでもかまいません。

■マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか。 はい いいえ

1、当院をどのようにしてお知りになりましたか。

他院などからの紹介 (施設名：) 紹介状： あり なし
 ホームページ 看板 その他 ()

2、症状についておうかがいします。

・本日受診された主な症状はなんですか。

()

・その症状はいつ頃から続いていますか。⇒ _____

・思い当たるきっかけはありますか。

()

・現在ある症状はなんですか。(複数チェック可)

気分が沈み込む よく眠れない 不安が強い 人前で緊張する 食欲低下
 疲れやすい 落ち込む いらいらする 話がまとまらない 考えがまとまらない
 物忘れ 独り言がある 朝起きるのがつらくなった よく涙が出るようになった
 元気が良すぎる 周囲から嫌がらせをされている気がする
 動悸 吐き気 頭痛 めまい 下痢 死にたい気持ちになることがある

3、心療内科・精神科に受診・入院されたことはありますか。

いいえ はい ⇒いつ頃、どこの医療機関で、通院・入院を下記に記入してください。

・ 平成 令和 年 月 日ごろ 病院 外来・入院
 ・ 平成 令和 年 月 日ごろ 病院 外来・入院

4、健康面についてうかがいます。

身長：（ _____ cm） 体重：（ _____ kg） ・食欲： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不振 <input type="checkbox"/> 過食 体重の変化 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒（ 1か月・3か月・半年 ） で（ _____ kg 増・減 ） ・睡眠： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不眠 ⇒ （ <input type="checkbox"/>寝付けない <input type="checkbox"/>途中で目が覚める <input type="checkbox"/>眠りが浅い <input type="checkbox"/>朝早く目が覚める <input type="checkbox"/>夢をたくさん見る ）
・今までに 治療したことのある疾患、現在治療中の疾患 があれば教えてください。 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 虫垂炎 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 緑内障（ <input type="checkbox"/> 解放隅角 <input type="checkbox"/> 閉塞隅角） <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> がん（場所： _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
・現在治療中の方は、どこの医療機関に通院していますか。 （医療機関名： _____）
・今までに入院や手術をしたことはありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 歳頃 病名： _____ 医療機関名： _____ <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <hr/> 歳頃 病名： _____ 医療機関名： _____ <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <hr/> 歳頃 病名： _____ 医療機関名： _____ <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術
・現在、使用中の薬はありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※お薬手帳をお持ちの方はご提示願います。 アプリの使用、お薬手帳をお持ちでない方は下記に記載を願います。 （ 薬剤名： _____ ）
・かかりつけ薬局はありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬局名： _____）
・この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診）を受診しましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ （マイナ保険証による情報取得に同意した患者さんは記載不要です。） 受診時期： _____ 年 _____ 月ころ 結果等指導事項： （ _____ ）
・今まで薬を服用して、じんましんが出たり、アレルギーを起こしたことはありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある （薬剤名： _____）
・アレルギー性の病気はありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー（ _____）
・今までに、内服薬や注射で気分が悪くなったことはありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある （薬剤・薬品名： _____）
女性の方 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 授乳中 生理周期（ _____ 日） 最終月経（ _____ 月 _____ 日～） <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 月経痛（有・無）
妊娠中の方⇒ 現在 _____ 週目、出産予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
産後1年未満の方⇒ 出産日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 授乳： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ 回/日）

5、下記にご家族の続柄・年齢・ご職業・健康状態をご記入ください（同居と同居以外の方を別々に）

（記入例：夫 56歳、公務員、糖尿病 次女 17歳、高校3年、健康）

同居	同居以外のご家族（両親・兄弟姉妹・子など）
・血縁関係にあたる方で、精神科や心療内科の病気にかかったり、自殺、飲酒問題のある方はいますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ご関係： _____ 疾患・事象： _____）	

6、生活歴をうかがいます。

・出生地（都道府県： _____ 市区町村： _____）
 ・最終学歴： _____ 歳、 学校名： _____ 卒業 中退 在学中
 ・婚姻について
 未婚 既婚（ _____ 歳のとき） 離婚（ _____ 歳のとき） 再婚（ _____ 歳のとき）
 その他（ _____ ）

7、現在の仕事、経済状況についてうかがいます。

・現在の仕事は何ですか（職種、部署）： _____
 ・その仕事はいつからしていますか。： _____
 ・その仕事についてどのように感じていますか。
 [_____]
 ・現在、経済的に何かお困りですか。差し支えなければ具体的に記載をお願いできますか。
 [_____]

8、飲酒、喫煙等についてうかがいます。

・お酒 毎日飲む 全く飲まない 機会があれば飲む
 1日に（ ビール サワー 日本酒 焼酎 ウイスキー ワイン 他 ）を
 どのくらい（ _____ ）
 ・たばこ 吸わない 以前吸っていた（ _____ 歳から _____ 歳まで1日 _____ 本くらい）
 吸う（1日 _____ 本、 _____ 歳から喫煙あり）
 ・シンナー、覚せい剤、大麻、LSD、MDMAなどの違法薬物の使用歴 なし あり
 ・信仰している考えや宗教 なし あり（種類： _____）

9、社会資源の利用状況についてうかがいます、

・自立支援医療 なし あり 精神 身体 療育（知的） _____ 級）
 ・障害者手帳 なし あり ⇒ 疾患名： _____
 ・年金 なし あり ⇒ 障害年金 老齢年金 遺族年金
 基礎 厚生 _____ 級
 ・要介護認定 なし あり ⇒ 区分： _____

当院は、診療情報の取得・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。

厚生労働省の規定により、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定をさせていただきます。

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） 再診時 ・加算3「2点」（健康保険証での受診）

ご協力ありがとうございました。