

初診の方へ

日付印 _____

◇ 受診される方

(ふりがな)

氏名 _____ (男・女)

生年月日：(明治・大正・昭和・平成) _____ 年 月 日 歳

〒 _____

住所 _____

電話番号 (自宅) _____ (携帯) _____

※医院名を出しても差し支えのない連絡先に○をつけてください。

(自宅 ・ 携帯)

職業 _____

◇ その他連絡先 (家族または付き添いの方など)

(ふりがな)

氏名 _____ (男・女) 続柄 _____

〒 _____

住所 _____

電話番号 (自宅) _____ (携帯) _____

初診の方へ

お名前 _____

☆ お手数ですが診察にあたり、次の質問にお答えください。
該当する項目に○をつけてください。

- ① 本日からしたのは、
- ・ 本人の希望で来院した
 - ・ 家族のすすめ
 - ・ 知人のすすめ
 - ・ 他の医療機関の紹介
 - ・ その他 ()
- ② どのようなことでお困りですか？
- ・ いらいらする
 - ・ 不安な気持ちになる
 - ・ 夜なかなか寝付けない
 - ・ 夜中に何回も目を覚ます
 - ・ 眠った気がしない
 - ・ 食欲がない
 - ・ 食べても味がしない
 - ・ 何事にも意欲が起こらない
 - ・ 乗り物などに乗れない
 - ・ 身体がだるい
 - ・ 最近物忘れがひどい
 - ・ その他 ()
- ③ ②のようなことはいつ頃から始まりましたか？
- ・ () 日くらい前
 - ・ () 週間くらい前
 - ・ () ヶ月くらい前
 - ・ () 年くらい前
- ④ 今の症状でどこかの病院を受診したことがありますか？
- ・ ある (紹介状: あり ・ なし)、病院名 ()
 - ・ ない
- ⑤ 本日、風邪症状はございますか？
- ・ ある (体温 度) ・ ない
- ⑥ 食べ物やお薬でアレルギー反応 (湿疹、蕁麻疹など) を起こしたことがありますか？
- ・ ある (食品名または薬品名: 症状:)
 - ・ ない
- ⑦ ビール、酒などアルコールを飲まれますか？
- ・ 飲む 1日に (お酒の種類:) (酒量: 杯・ml)
 - ・ 以前は習慣的に飲んでいた (歳頃まで)
 - ・ 飲まない
- ⑧ コーヒーは飲まれますか？
- ・ 飲む 1日に () 杯くらい
 - ・ 飲まない

2枚目は裏面があります
忘れずご記入ください

⑨ たばこは吸われますか？

- ・吸う 1日に(本・箱)くらい ・吸わない
- ・以前は吸っていた 1日に(歳頃まで 本・箱)

⑩ 現在他の病院で治療を受けていますか？

- ・受けている

(病名: 病院名: 初診日(いつから): 年 月頃)

(病名: 病院名: 初診日(いつから): 年 月頃)

(病名: 病院名: 初診日(いつから): 年 月頃)

- ・受けていない

⑪ 今までに病気やケガ、入院、手術したことがありますか？

- ・ある(歳)(病名: 病院名: 治療内容:)
(歳)(病名: 病院名: 治療内容:)
- ・ない

⑫ 現在、何かお薬を飲まれていますか？

- ・飲んでいる()
- ・飲んでいない

⑬ マイナ保険証による診療情報取得(特定健診・高齢者健診情報および薬剤情報)に同意されましたか。

- ・同意した
- ・同意していない
- ・マイナ保険証を使っていない

⑭ 1年以内に健診を受診されましたか。

- ・健診を受診した(職場健診、人間ドック等も含む)

(受診時期: 年 月頃、指摘されたこと:)

↑上記健診のうち特定健診および高齢者健診(お住まいの市町村から案内されるもの)を受けられ、マイナ保険証による情報取得に同意された方は、受診時期や指摘されたことの記載を省略できます。

- ・受けていない

⑮ 現在、どなたと同居されていますか？

- ・一人暮らし
- ・親、配偶者、子供(人) 孫(人)
- ・その他()

⑯ 40歳以上の方へお聞きします。介護保険の認定を受けておられますか？

- ・はい (要支援) (要介護)
- ・いいえ

