初めて受診される方へ

受診日　令和　　年　　月　　日

フリガナ
受診者氏名
生年月日　　年　　月　　日
記入者氏名

郵便番号
住　　所

電話番号（携帯電話可）

診察前に、差し支えない範囲でご記入ください。内容については秘密を厳守いたします。

1. 今日はどなたと来院されましたか。（　　）
2. あなたが今日受診された理由（お悩みになっていること）を簡単にご記入ください。

3. それはいつ頃からでしょうか。（　　年　　月頃から　　）
4. 今日までに精神科/心療内科を受診されたことはありますか。はい（病院名　　）・いいえ
5. 他の医療機関の紹介状をお持ちでしょうか。はい（紹介状：有・無　病院名　　）・いいえ
6. 今までに病気・ケガ・手術などありますか。はい（　　）・いいえ
7. 今までに入院の経験はありますか。　はい（病院名　　）・いいえ
8. 現在通院中の病気はありますか。　はい（病院名　　）・いいえ
9. 現在服用中のお薬はありますか。　はい（薬剤名　　）・いいえ
10. 夜はよく眠れますか。　はい・いいえ　⇒①寝つきが悪い　②途中で目が覚める
    ③熟睡感がない　④朝早く目覚める　⑤その他（　　）
11. 食欲はありますか。　はい・いいえ　⇒①全く食べられない　②食欲はないが食べる
12. 便通はありますか。　はい・いいえ　⇒（いつ頃から　　）
13. お酒は飲みますか。　はい　⇒（・種類　　・量　　・頻度　　）・いいえ
14. たばこは吸いますか。　はい　⇒（　　本/日×　　年　　）・いいえ
15. 薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか。はい（　　）・いいえ
16. 現在、妊娠中または授乳中ですか（女性のみ）。　はい（　　）・いいえ
17. 家族構成についておたずねいたします。
    ① 結婚について　既婚　⇒（ 初婚　　歳　離婚　　歳　再婚　　歳 ）　・未婚
    ② 配偶者について　あり　⇒（ 健康・病気・死亡（　　））　・なし
    ③ お子さんについて　あり　⇒（　　人）　・なし
    ④ ご両親について　父親　　歳（ 健康・病気・死亡　　）
    母親　　歳（ 健康・病気・死亡　　）
    ⑤ ご兄弟について
    ご兄弟　あり　⇒（兄　　人、弟　　人）（ 健康・病気（　　）・死亡（　　））　・なし
    ご姉妹　あり　⇒（姉　　人、妹　　人）（ 健康・病気（　　）・死亡（　　））　・なし
    ⑥ 最終学歴：　中学校・高校・専門学校・短大・大学（学校名　　）
18. ご連絡について：必要時に上記のご連絡先にクリニックから連絡をさせていただくことがありますが、
    差し支えなければご記入ください。　（連絡：　要　・　不要　）

19. マイナ保険証による診療情報取得に　同意します　・　同意しません（利用しません）。

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）加算 2 点、（再診）加算なし（マイナ保険証を利用した場合）

（初診）加算 6 点、（再診）加算 2 点（マイナ保険証を利用しない場合）