記入日　　　　年　　　　月　　 　日

**初めて受診される方へ**

氏名　　　　　　　　　　　　　　ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　性別　男　・　女

生年月日 　　　　年 　　 　 月 　 　　日　　 年齢　 　 　歳　 学年　 　 　 年生

住所　〒　　　　-　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

家族氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　電話番号

**●本日はどのようなことで受診されましたか？**

　転院希望　　　　診断書や意見書作成希望　　　　医師へ相談したい症状がある　　　　その他

※下記にできるだけくわしくご記入ください

**●それは、いつ頃からですか？**

　　　　　年　　　　　　月頃から　・　または　　　　　歳頃から

**●上記に対し、これまでに他の医療機関などを受診したことはありますか？**

　なし　　　あり→下記へご記入ください

・　　　年　　　月頃　 診断名　　　　　　　　　　　　 医療機関名　　　　　　　　　　 (通院・入院)

・　　　年　　　月頃　 診断名　　　　　　　　　　　　 医療機関名　　　　　　　　　　　 (通院・入院)

**●上記診断に対し、お薬を服用したことはありますか？**

　なし　　　あり→（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**●その他で、通院中の医療機関や、定期的に服用しているお薬はありますか？**

　なし　　　あり→　医療機関名　　　　　　　　　　　　お薬の名前

**●これまでに大きな病気にかかったことはありますか？（入院や手術を必要とする病気など）**

　なし　　　あり→　　　年　　　月頃　診断名　　　　　　　　　　 医療機関名

**●紹介状はお持ちですか？**　　なし　　あり

**●これまでに発達検査などを受けたことがある場合、ご記入ください。**

　WISC 　　　年　　　月頃　　医療機関等

　K式発達検査　　　　　年　　　月頃　　医療機関等

　その他（　　　　　　　　　　　）　　　　年　　　月頃　　医療機関等

**●療育手帳・精神障害保健福祉手帳をお持ちの場合、等級と申請年月をご記入ください。**

　療育手帳（　　）級　　　　年　　　月頃　　精神障害保健福祉手帳（　　）級　　　　年　　　月頃

**●計画相談を利用している場合、ご記入ください。**

・　　　年　　　月頃　 事業所名　　　　　　　　　　　　 担当者名

**●在宅サービスなどを利用したことがある（利用している）場合、ご記入ください。**

・　　　年　　　月頃　 サービス名　　　　　　　　　　　　 事業所名　　　　　　　　　　 (頻度　　　)

**●出生時について、おたずねします。**

・出生時、異常がありましたか？　　　なし　　あり→（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・出生体重　　　　　　　　ｇ　　妊娠何カ月　　　　　　　カ月出生　　仮死の有無　あり　・　なし

**●幼少期について、おたずねします。**

　・ひきつけを、起こしたことがある　起こしたことがない

　・ことばの出始めは、早かった　普通　遅かった　分からない

　・運動（歩行など）の成長は、早かった　普通　遅かった　分からない

　・1歳半や3歳の健診で何か、指摘された　指摘されていない　分からない

**●通学された学校についておたずねします。**

　　小学校は　　　　　　　　　　 　小学校（通常の学級・支援学級・支援学校）

　　中学校は　　　　　　　　　 　　中学校（通常の学級・支援学級・支援学校）

　　高 校は　　　　　　　　　　 　高校（卒業・中退）

　　専門・大学は　学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学部（卒業・中退）

**●学校の成績はどうでしたか？**

良い方だった　普通だった　悪い方だった　分からない

**●学生時代の時の友達付き合いはどうですか？**

多い方だった　普通だった　少ない方だった　分からない

**●今までで、どのようなお仕事をされていましたか？**（例：〇歳頃～〇歳頃まで〇〇をしていた/〇〇で働いていた）

**●現在、同居されているご家族（両親・兄弟・配偶者・子供）について教えて下さい。**

健康状態

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 生年月日 | 健康状態　何か病気があれば  ご記入ください | 続柄 | 生年月日 | 健康状態　何か病気があれば  健康状態  ご記入ください |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**●薬・食べ物・その他アレルギーについて、おたずねします。**

なし　あり→（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**●嗜好品などについておたずねします。**

アルコール（種類：　　　　　）（　　　　ｍｌ/日）　タバコ（　　　本/日）喫煙期間（　　　　　　　　）

**●この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？**

　はい　　いいえ

**※以下は女性の方のみ、お答えください。**

・現在妊娠中の方　妊娠　　　　カ月　　　　　　　　　 ・現在授乳中ですか　　　はい　 　いいえ

　・月経　初潮（　　　　　歳）　規則的 不規則　　　・閉経（　　　　　歳）

◆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。

医療情報取得加算【初診時　月１回】　　　１点

【再診時　3月に1回】　１点

**◆マイナ保険証での受診の方におたずねします。 あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？**

同意した  同意していない