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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**●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（　　　　　　　　）

**※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

　・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））

**◆マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。 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