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

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　　　　　　　　　　　　 医療機関等　　　　　　　　　　 (通院・入院)

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

・　　　年　　　月頃　 診断名　　　　　　　　　　　　 医療機関等　　　　　　　　　　　 (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

**●今までにかかったことがある病気について、おたずねします。**

内科的な病気をお持ちですか？　　[ ] なし

　あり→　[ ] 糖尿病　[ ] 高血圧　[ ] 高脂血症　[ ] 心臓病　[ ] 腎臓・肝臓・膵臓　[ ] 緑内障

　　　　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**●今までに入院や手術をされたことがありますか？**

　[ ] ない

[ ] ある（時期と、病名と病院名をお書きください）

　　　　　　年　　　　月頃　　　　　　　のため　　　　　　　　病院へ　[ ] 手術した　[ ] 手術してない

[ ] 現在治療していない　[ ] 現在治療中　（内服薬等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**●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　　　)

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

**●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） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**●もともとあなたはどのような性格ですか**

**●「最近性格が変わってきた」と他の人から言われることがありますか？**

　[ ] 言われない　[ ] 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　と言われる

**●趣味は何ですか？**

　[ ] 特にない　[ ] ある（具体的に）

**●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（ビール・日本酒・焼酎・ウィスキー・その他　　　　　　　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。**

　・月経について

[ ] 規則的　 [ ] 不規則　　　・閉経（　　　　　歳）

・現在妊娠中の方　妊娠　　　　カ月

◆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