

診 察 を 受 け ら れ る 方 に

年 月 日

受診される方のお名前 _____ (才)

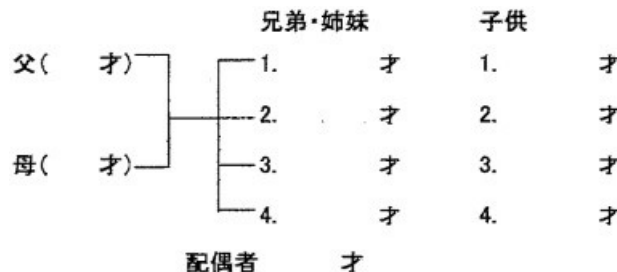
代筆の場合 代筆の方のお名前 _____ 続柄()

※ マイナンバーカードを健康保険証（マイナ保険証）による診療情報取得に同意されますか？

① はい ② いいえ

1. 受診された理由をお書きください（現在一番おつらいことなど）
2. いつからそのようになりましたか 年 月頃から（ 才頃）
3. 今回のことで、どこか病院（医院）は受診されましたか
① 年 月 日（ 病院、医院； 科； 入院、通院）
② 年 月 日（ 病院、医院； 科； 入院、通院）
4. 今回以外で精神科・神経科・心療内科に通院したことはありますか ①ある ②ない
5. どのような性格傾向ですか（神経質、社交的、短気、わがまま、朗らか、凝り性等）
6. どこで生まれ、どこの学校に行きましたか。
生まれた場所：
最終学歴： 卒業・在学中・中退
7. どのような仕事にどれくらいの期間つきましたか。順を追って具体的に記入下さい
8. お酒、タバコは一日どのくらいいただきますか
お酒の種類： 量： 、 タバコ一日の本数：
9. 現在飲んでいる薬はありますか
10. アレルギー体質、薬物過敏などの特異体質はありますか ①ある ②ない
11. 今までにかかった大きな病気はありますか ①ある ②ない

12. 家族について
兄弟、子供の記入は1から順に
兄・姉○才、長男・長女○才等
お書きください



13. 現在妊娠していますか ①はい ②いいえ（最終月経日 月 日）

14. ご質問、ご希望等がございましたらお書きください

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）