



1 受診される方のお名前

お名前	(フリガナ)	性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日 (歳)

2 あてはまるものに、チェックをつけてください。

記入者	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 (続柄:) <input type="checkbox"/> その他 (ご関係:)
本日の同伴者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※ありの場合 (氏名:) (ご関係:)
来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 他病院・行政の紹介 <input type="checkbox"/> WEBサイト <input type="checkbox"/> 広告・看板 <input type="checkbox"/> 他()

3 症状や他の医療機関についてお尋ねします。

今、一番困っている事はどのようなことですか？ それはいつからですか？

きっかけとなった出来事や状況はありますか？

上記の症状について、他の医療機関に受診されましたか？

はい いいえ

『はい』とお答えの方は、その医療機関についてお答えください。

初回受診日	昭・平・令	年	月	日	医療機関名	(外来・入院)
前回受診日	昭・平・令	年	月	日	医療機関名	(外来・入院)
性格	もともとの性格はどのようなものですか？					
お酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> たまに飲む <input type="checkbox"/> よく飲む <input type="checkbox"/> 毎日飲む (1回の量)					
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本くらい)					
食べ物や薬でアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()					
感染症はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()					
現在、妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (妊娠 週、出産予定日)					

→裏面もご記入をお願い致します。

4 今までにかかった主な病気・年齢・治療状況についてお答えください。

--

5 ご家族の状況についてお答えください。(続柄・年齢・ご職業・健康状態をご記入ください)

同居	同居していない両親・兄弟姉妹・子	職員記入欄
記入例) 夫、54歳、会社員、糖尿病	記入例) 長女、26歳、会社員、健康	

6 その他

生まれた場所	県	市・町・村	育った場所	県	市・町・村
学歴	(最終の学校名：) ・ (その他：)				
	その学校を 昭・平・令 年 月 卒業・在学中 昭・平・令 年 月 中退・休学中 ・ (その他：)				
現在のご職業	平成・昭和	年	月頃から	(ご職業：)	
現在仕事や学業を	<input type="checkbox"/> 休まず通っている <input type="checkbox"/> 時々休む <input type="checkbox"/> 休んでいる				
学校や仕事の悩み	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		家庭の悩み	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (1・2・3級)		自立支援医療受給者証	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり (要支援1・2) (要介護1・2・3・4・5)				
障害年金	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 受給中 (1・2・3級)				
保険種別	<input type="checkbox"/> 国民 (基礎) <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金 <input type="checkbox"/> 不明				
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社会保険 () <input type="checkbox"/> 生活保護				
医療助成制度	<input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> その他 ()				
利用している障害サービス	<input type="checkbox"/> 施設 (入所・通所) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 作業所 (就労移行 A・B) <input type="checkbox"/> その他 ()				
利用している介護サービス	()、その他 ()				

7 医師に伝えたいことを含め、何かありましたらご自由にご記入ください。

--

ご協力ありがとうございました。用紙を受付までお渡しく下さい。