

## ～初めて当院で診察を受けられる患者様へ～

フリガナ			
お名前			男性 / 女性
ご住所	〒		
電話番号	① - -	② - -	
生年月日	M, T, S, H	年	月 日 ( 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）加算1 3点

〃 加算2 1点（マイナ保険証を利用、情報提供に同意した場合）

**マイナンバーカードの健康保険証利用による情報提供に同意しますか？**

はい       いいえ

★どちらで当院をお知りになりましたか？ ○をつけてください。（複数回答可）

ご家族・友人・知人      インターネット（ホームページ等）      当院の前を通過して

産業医      道路沿いの看板      電話帳      その他（      ）

他院からの紹介（病院名：      ） 紹介状はお持ちですか？ はい / いいえ

1. 現在お困りになっている症状は、どんな事ですか。（ア）、（イ）よりいくつでも○で囲んで下さい。

（ア）こころの症状（いつから：      頃）

（イ）身体の症状（いつから：      頃）

不安感／イライラ／意欲低下／憂うつな気分

食欲ない／めまい／動悸／胃もたれ

死にたい気持ち／眠れない／寝過ぎてしまう

吐き気／頭痛／腹痛／便秘／下痢

興奮しやすい／幻聴／妄想／物忘れ

（ア）、（イ）の症状で上記以外にあれば記入してください

2. この1年間で市町村の特定健診・基礎健診や職場の健康診断を受診されましたか      はい / いいえ

（受診時期：      ）（指摘内容：      ）

3. 現在治療中の病気、または過去になった病気はございますか

- ・緑内障 ・重症筋無力症 ・高血圧 ・高脂血症 ・脳血管疾患 ・パーキンソン病
- ・前立腺肥大 ・糖尿病 ・心臓病 ・癌 ( )
- ・精神疾患 ( ) 現在通院中の病院: \_\_\_\_\_

その他 持病があればご記入下さい

4. 現在服用中の内服薬はございますか

(お薬手帳をお持ちの方/マイナ保険証の情報提供に同意の方は記載いただく必要はありません)

5. アレルギーはございますか あり ・ なし (具体的な内容: \_\_\_\_\_)

6. 女性の方へお伺いします

- ・ 妊娠中ですか (はい・いいえ) ・ 月経 (生理) は順調ですか
- ・ 授乳中ですか (はい・いいえ) (はい・いいえ・閉経: \_\_\_\_\_歳)

7. ご家族で病気をされた方はございますか (わかる範囲で下にご記入ください)

8. その他 (嗜好品など)

- ・ たばこ 1日 \_\_\_\_\_本 ( \_\_\_\_\_歳から) ・ コーヒー \_\_\_\_\_杯(日) / お茶 \_\_\_\_\_杯(日)
- 禁煙した ( \_\_\_\_\_歳から) ・ 睡眠時間 \_\_\_\_\_時間/日
- ・ アルコール (種類: \_\_\_\_\_) ・ 体重の増減 (3ヶ月以内)
- 1日に \_\_\_\_\_くらい飲む あり (+/- \_\_\_\_\_kg) ・ なし
- 頻度 \_\_\_\_\_日/週

当院では患者様をお呼びする場合、患者様のお名前(名字、フルネーム)でお声掛けをさせていただきます。

お名前と呼ばれたくない患者様には番号札をお渡しし、番号でお呼びすることも可能です。

番号札をご希望の方は受付にお声がけ下さい

スタッフ記入欄

身長/体重 ( \_\_\_\_\_ cm / \_\_\_\_\_ kg) 体温 ( \_\_\_\_\_ °C) 血圧 ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg)  
脈拍 ( \_\_\_\_\_ /分、整/不整) その他 ( \_\_\_\_\_ )