

★ 初診の方へ ★

来院日 年 月 日

氏名

★ 以前、当院を受診したことがありますか。（はい ・ いいえ）

・ はいの方 年 月ごろ

★ 紹介状をお持ちですか。（ はい ・ いいえ ）

★今日は、どのようなことで受診されましたか。例） 眠れない・物忘れがひどい・変な声が聴こえるなど

★それは、いつ始まりましたか。

★これまで、精神科や心療内科、神経科の治療を受けたことがありますか。（ はい ・ いいえ ）

年	月頃	病院（ 外来 ・ 入院）	年	ヶ月間
年	月頃	病院（ 外来 ・ 入院）	年	ヶ月間

★これまでに、大きな病気やケガ、手術をしたことがありますか。（ はい ・ いいえ ）

年	月頃	病名
年	月頃	病名

★現在飲んでいる薬はありますか。（ はい ・ いいえ 薬名：

※マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内の処方薬以外は省略可能です）

★アレルギーはありますか。（ はい ・ いいえ ）

★お酒は飲みますか。（ はい ・ いいえ ）種類： 量：

★たばこは吸いますか。（ はい ・ いいえ 1日 本 歳から

★現在一緒にお住まいの方は、どなたですか。

★ご家族やご親戚の方で精神疾患になられたことがある人は、いらっしゃいますか。

（ はい ・ いいえ ）

続柄： 病名：

★現在、使用している制度はありますか。①点又は、ご記入願います。

- 精神障害者保健福祉手帳 障害者年金
 自立支援 その他 （下記に記入をして下さい）
 介護保険
 生活保護

★この1年間で「特定健診」もしくは「高齢者健診」を受診しましたか。（ はい ・ いいえ ）

※マイナ保険証で情報取得に同意された方は省略可能です。

★その他気になることがあればお書き下さい。

★女性の方にお尋ねします。現在妊娠中ですか。（ はい ・ いいえ ）

・ はいの方 妊娠 ヶ月

★マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。（ はい ・ いいえ ）

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1：4点 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）