

初めて受診される方へ

ふりがな

お名前: _____

生年月日: 平成・昭和・大正____年____月____日

ご住所: 〒 _____

お電話番号: (_____) _____ ※当院から直接連絡してもよい電話番号をお書きください

当院を知ったきっかけ:

HP・インターネット、近くで見かけて、看板などの案内、口コミや紹介、その他(_____)

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

●マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？(はい・いいえ)

※以下の回答は、答えられる範囲で結構です。

1. 今回受診されるきっかけになったこと、今一番困っていることを教えてください。

(例:平成24年1月から、不安が強くなり寝付けなくなった。)

不安 抑うつ イライラ 不眠 やる気がでない 物忘れ

タバコをやめたい アルコールをやめたい

(_____)

※他の医療機関からの紹介状を持参されていますか？ (はい・いいえ)

2. 今まで精神科・心療内科を受診したことはありますか？(はい・いいえ)

令和・平成・昭和____年____月____日 _____ 病院(病名) _____)

令和・平成・昭和____年____月____日 _____ 病院(病名) _____)

令和・平成・昭和____年____月____日 _____ 病院(病名) _____)

令和・平成・昭和____年____月____日 _____ 病院(病名) _____)

3. 現在通院されている精神科以外の病院や処方されているお薬はありますか？(はい・いいえ)

・ _____ 病院(病名) _____)

・ _____ 病院(病名) _____)

・ _____ 病院(病名) _____)

・ _____ 病院(病名) _____)

お薬の名称 (_____)

※この1年以内に特定健診及び高齢者検診を受診されたことがありますか？(はい・いいえ)

4. 3. で「はい」と答えられた方へ、現在薬の副作用でお困りですか？

お困りの副作用(例:昼間に眠気がある、気持ちが悪い、性機能障害がある)

(_____)

5. 以前に大きなご病気や手術をなさったことがありますか？（はい・いいえ）

病名：

6. 今までアレルギーを起こしたことはありますか？（はい・いいえ）

食べ物（ ） 薬（ ）

その他（ ）

7. あなたの性格に当てはまるものに○を付けてください。

社交的 楽天的 お人好し 明朗 世話好き 人情に厚い 活発

現実的 勝ち気 自己中心的 虚栄心が強い 派手好み 好き嫌いがはげしい

完全主義 きちょうめん 凝り性 責任感が強い 仕事熱心 短気 潔癖

こだわりが強い 非社交的 物静か 冷淡 変わり者 無口 控えめ まじめ 内気

非現実的 繊細 敏感 臆病 神経質 苦労性

8. お生まれはどちらですか？

都道府県（ ） 市町村（ ）

9. 最終学歴を教えてください。

（ ） 中学・高校・専門学校・大学・大学院

卒業・中退・____年在学中

10. 結婚についておたずねします。

未婚・既婚（令和・平成・昭和____年、____才ころ）

離婚（____年____月）、再婚（____年____月）、死別（____年____月）

11. 飲酒はされますか？（はい・いいえ）

（例）（主に、ビールを一日 350mg 缶を一日 5本くらい）

主に____を一日____くらい

12. たばこは吸われますか？（はい・いいえ）

一日____本くらい

13. 趣味は何かおもちですか？

（ ）

14. 信仰されている宗教はありますか？

（ ）

15. 職業についておたずねします。

現在の職業（ ） 勤務年数____年間

今までの主なお仕事を順にご記入ください

____年____月～____年____月（ ）

____年____月～____年____月（ ）

____年____月～____年____月（ ）

16. ご家族についておたずねします。亡くなられた方は健康状態に死亡とお書きください

| | 健康状態 | 同居 | かかっている病気 |
|------------|------|-----|----------|
| 父 親 _____才 | () | () | () |
| 母 親 _____才 | () | () | () |
| 夫・妻 _____才 | () | () | () |
| _____才 | () | () | () |
| _____才 | () | () | () |
| _____才 | () | () | () |

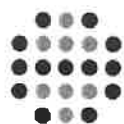
※女性の方へ

17. 現在妊娠中ですか？（はい 妊娠 _____週目 ・いいえ）

ありがとうございました

記入された方のお名前（ _____ ）本人、配偶者、母・父親、兄弟、その他

記入された個人情報については家族にも決して口外することないようにスタッフに教育しております。



北条クリニック おおの
心療内科・内科・精神科

〒252-0303
神奈川県相模原市南区相模大野 7-5-19 第二江口ビル 3F
TEL / 042-767-2185