

初診時間診票

(日付 年 月 日)

本人氏名 _____

(男・女)(歳)

記載者氏名 _____

本人との関係:

1. 本日は、どんなことで来院されましたか？ お困りの点はどんなことですか？
2. いつ頃からお困りですか？
_____年_____月頃から (または_____歳頃から)
3. 今までに、そのことで治療を受けた事がありますか？
(ない・ある)
・どこに () _____年_____月から _____年_____月 通院・入院
・どこに () _____年_____月から _____年_____月 通院・入院
4. 当院へは、どのような経緯で来院されましたか？
() 本人の希望 () 本や雑誌を見て () ホームページを見て () 家族の勧め
() 知人の勧め () 職場の勧め () 医師の紹介 _____病院 _____先生
5. 今までに治療を受けたことのある主な病気、怪我はありますか？
6. 常用している薬があればお書き下さい。

7. お身体のことについてうかがいます。

身長 _____ c m 体重 _____ k g
食欲 食べ過ぎる・普通・ない 喫煙 _____本/日
飲酒 毎日飲む・週に_____回程度、ほとんど飲まない なにを_____どのくらい_____
睡眠 よく眠れる・不眠がある (寝付けない・夜中に目が覚める・朝早く目が覚める)・寝すぎる
就寝_____時 起床_____時 (平均睡眠時間 約_____時間)
アレルギー なし・あり ()

8. ご家族についてうかがいます (死亡の方には+印を)

父 _____歳 ぎょうだい	男・女 _____歳	配偶者 なし	子 男・女 _____歳
母 _____歳	男・女 _____歳	あり _____歳	男・女 _____歳
	男・女 _____歳	結婚 S・H・R _____年	男・女 _____歳
	男・女 _____歳	離婚 S・H・R _____年	男・女 _____歳
	男・女 _____歳	再婚 S・H・R _____年	男・女 _____歳

9. ご本人についてうかがいます

最終学校名 _____大学院・大学・短大・専門学校・高校・中学校
S・H・R _____年 卒業 _____年在学中・中退
現在の職業 _____ (転職 あり・なし)
自分のもともとの性格 _____
趣味や楽しみ _____

- 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、マイナ保険証のご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)