

****初めて診察を受けられる方へ****

あさか心のクリニック

記入日： 年 月 日

記入者： ご本人・その他（ ）

ふりがな
氏名 (男 ・ 女)
生年月日 昭・平 年 月 日 満 才
住所 〒 -
連絡先 自宅： 携帯：

マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険利用）による情報取得に同意しますか？

いいえ はい

① 診察をお受けになられる理由をお書きください。症状でもご相談内容でも結構です。
なるべくくわしく、具体的にお書きください。

② いつ頃からのことですか？ 年 月頃から（ 才の頃から）

③ 思い当たる理由がありますか？

①これといって理由は思い当たらない

②思い当たる理由がある(さしつかえなければ、お書きください)

④ 今までにそのことで、どちらかの病院・クリニックなどにご相談に行かれましたか？

診てもらっていない

診てもらった 医療機関名() (科) に、 年 月まで通院・入院

⑤ あなたはどういった性格ですか？ 自分ではどう思うか。周囲からどういわれるかなどお書きください。
(たとえば、内向的とか外交的とか、きちょうめんとか神経質など)

⑥ 当院を受診されるきっかけは？

ネットを見て 知人から 他院からの紹介 その他 ()

⑦ 来院は : ひとりで 付き添いあり(様/続柄)と一緒に来院

→→→ (裏面に続く) →→→

⑧ 診断や診察の役にたつことがあります。さしつかえなければ、以下の項目もお答えください。

- ・ 出生地 ()
- ・ 生家のご職業 ()
- ・ 最終学歴 ()
- ・ 結婚歴はありますか？ 未婚 既婚()才 離婚()才
- ・ 家族構成 ()
- ・ たばこは吸われますか 吸わない 吸う()本/日
- ・ 重症な感染症にかかったことは？ ない ある()
- ・ お酒 飲まない 飲む(種類)
- ・ 現在服用している薬はありますか？
いいえ はい()
- ・ アレルギー（食物、薬、花粉など）を発症したことがありますか？
ない ある()
- ・ 今までに入院や手術を要する病気やケガをされたことはありますか？
いいえ
はい()歳の頃 年 月 病名：)
- ・ この1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受診しましたか？
いいえ はい
- ・ 女性の方にうかがいます。
妊娠中 妊娠の可能性なし 妊娠の可能性あり 授乳中

⑨ 上記以外でなにか参考になることや、希望されることがありましたらお書きください。

当院は診療情報を取得・利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ねがいたします。