

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	きょうだい	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。