

# 初めて診察を受けられる方へ

患者様のお名前 ( ) 年令 才  
代筆の場合 記入者氏名 ( ) 本人との続柄 \_\_\_\_\_

1 本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ ( はい ・ いいえ )

2 マイナ保険証（保険証と紐づけされたマイナンバーカード）をお持ちですか？

a, いいえ b, はい → 本日診療情報取得に同意されましたか？ ( はい ・ いいえ )

3 当院にお越しになった理由を簡単にお書きください

・例えば頭が痛い、眠れない、イライラする、憂うつになる、他人が自分の噂をする、ひきつける…など

4 いつ頃からそうになりましたか

令和・平成・昭和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

5 このことで、どこか病院などで診てもらいましたか ○印をしてください

a, いいえ

b, はい 令和・平成・昭和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_病院 (入院・外来)

令和・平成・昭和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_病院 (入院・外来)

6 いままでの性格はどうでしたか 該当する全てに○印をしてください

社交的 楽天的 お人好し 明朗 世話好き 人情に厚い 親しみ深い 活発 現実的 自己中心的  
虚栄心が強い 派手好み 好き嫌いが激しい 完全主義 几帳面 凝り性 強い責任感 仕事熱心  
勝気 短期 執拗 頑固 潔癖 非社会的 物静か 冷淡 変わり者 無口 控え目 真面目 内気  
非現実的 繊細 敏感 臆病 神経質 苦労性

7 いままでにかかった大きな病気について書いてください

年令 \_\_\_\_\_才 病名 \_\_\_\_\_

年令 \_\_\_\_\_才 病名 \_\_\_\_\_

年令 \_\_\_\_\_才 病名 \_\_\_\_\_

8 現在他の病気で投薬を受けていますか ○印をしてください

a, いいえ

b, はい 薬の内容 ( )

9 アレルギーについて書いてください

食べ物…

薬 (薬品名) …

その他…

10 生育地、出身校と学校（専門学校も記入）についておたずねします

生育地 \_\_\_\_\_ 出身地 \_\_\_\_\_

最終学歴 \_\_\_\_\_ (卒・中退・在学中)

専門学校 \_\_\_\_\_ (卒・中退・在学中) 学業成績 (上・中・下)

11 職業についておたずねします 今までやってきた仕事を順に書いてください

① \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月( )才~\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月( )才 職業: \_\_\_\_\_ 業種: \_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月( )才~\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月( )才 職業: \_\_\_\_\_ 業種: \_\_\_\_\_

③ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月( )才~\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月( )才 職業: \_\_\_\_\_ 業種: \_\_\_\_\_

④ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月( )才~\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月( )才 職業: \_\_\_\_\_ 業種: \_\_\_\_\_

⑤ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月( )才~\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月( )才 職業: \_\_\_\_\_ 業種: \_\_\_\_\_

※現職中 / 離職中 ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月~)

12 結婚について、いずれかに○印をしてください

未婚・既婚 (見合い・恋愛・どちらでもない)・離婚・再婚

令和・平成・昭和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月から ( \_\_\_\_\_才のとき)

13 家族の方についてうかがいます、亡くなった方の場合健康状態の欄に死亡として病名を記入し、その時の年齢を書いてください

	年令	職業	健康状態
父	才		
母	才		
配偶者	才		
子供1	才		
子供2	才		
子供3	才		
子供4	才		
子供5	才		

兄弟関係

	性別	年令	職業	健康状態
1		才		
2		才		
3		才		
4		才		
5		才		
6		才		

14 アルコールは一日に \_\_\_\_\_ タバコは一日に \_\_\_\_\_ 本

15 信仰されている宗教は \_\_\_\_\_

16 女性の方におたずねします

① 現在妊娠はしていますか a.はい b.いいえ c.わからない

② 最終月経はいつですか \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日頃

17 この一年で健診を受診されましたか？

※マイナ保険証による情報取得に同意いただいた方は特定健診及び高齢者健診については省略可

a,いいえ

b,はい (受診時期・指摘事項: \_\_\_\_\_)

当院はマイナ保険証の利用や問診等を通じて患者様の診療情報を取得・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致します。