

令和 年 月 日

| | | |
|-------------------|-------------|-----------------------------------|
| 受診者 | お名前(ふりがな) | 生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳) |
| | ご住所 〒 — | |
| | 電話番号 自宅 — — | 携帯電話 — — |
| 同伴者の方: お名前 続柄 連絡先 | | |

★保険証の種類に○をつけてください。

社会保険 国民健康保険 生活保護(区 担当ケースワーカー名)

※上記以外に公費医療証をお持ちの方は受付に提出してください。

★ご利用されている社会福祉制度に○をつけてください。

なし 自立支援医療 精神障害者手帳(等級:) 療育手帳(等級:) 障害年金(等級:)
その他()

★紹介状(診療情報提供書)はお持ちですか? いいえ はい(紹介元:)

1. 本日はどのような症状で受診されましたか?

2. 今までに心療内科・精神科を受診したことがありますか? いいえ はい

「はい」とお答えいただいた方は、下記に病名、医療機関名、通院時期、服用したことのあるお薬の名前をお書きください。

3. 今までにかかったご病気や現在通院しているご病気はありますか? いいえ はい

「はい」とお答えいただいた方は、下記に病名、医療機関名、現在服用中のお薬の名前をお書きください。

4. お薬や食べ物にアレルギーはありますか?

いいえ はい()

※ご不明な点・ご希望などございましたら、下記にお書きください。

ご協力ありがとうございました。この内容は診療以外の目的には使用いたしません。