

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		

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. 今までにかかった身体のご病気や現在通院している身体の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. お薬や食べ物などでアレルギー歴はありますか？

いいえ はい()

5. ご家族の方で心療内科・精神科を受診された方はいらっしゃいますか？

いいえ はい(診断名/症状: 本人との続柄:)

6. 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()

※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。

--

【当院における個人情報の利用に関する同意書】

個人情報につきましては医療サービスの提供、他の医療機関等との連携および照会への返答、診療費請求のための事務、当院の管理運営業務、外部監査機関等への情報提供に利用する場合がございます。当院内および当院ホームページに掲載している個人情報保護に関する規定にご同意いただけましたら下記にご署名をお願いいたします。なお、同意しがたい項目がある場合はお申し出ください。

ご本人または代筆者署名 (続柄:)

ご協力ありがとうございました。上記の目的以外で、個人情報を使用することはございません。