

初診申込書

記録日 年 月 日

* 当てはまる項目にチェック して下さい。

ご本人	フリガナ	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日生 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齢 歳
	氏名	
	住所	電話 ☎ 自宅 () 携帯 - -
同行者	フリガナ	ご本人との関係 (続柄や機関名)
	氏名	
	住所 <input type="checkbox"/> 本人と同じ	電話 ☎ 自宅 () 携帯 - -

§ 当院を何でお知りになりましたか？ (※必ずご記入願います)

- 病院、診療所からの紹介 [病院・診療所]
- 保健所からの紹介 福祉からの紹介 施設からの紹介 []
- ケアマネからの紹介 知人からの紹介 電話帳を見て
- 広告看板を見て 新聞を見て インターネットを見て
- 以前から知っていた その他 []

§ 受診の目的についておたずねします。

複数可

- 治療を受けたい 病気かどうか知りたい どんな病気か知りたい
- 以下の診断書・意見書を書いてほしい
- 障害年金診断書 精神保健福祉手帳診断書 障害福祉サービス医師意見書
 介護保険主治医意見書 成年後見制度診断書 その他 []
- その他 []

§ 患者さん(ご本人)の状態についておたずねします。

・いつ頃から、どのような症状がありますか？ 具体的にお答えください。

§ 患者さん(ご本人)の病歴についておたずねします。

- ・現在医院・病院にかかっていますか？ 通院中 入院中 どこもかかっていない
- 医療機関名 [] 診療科 [] 担当医 [] 紹介状有
- 医療機関名 [] 診療科 [] 担当医 [] 紹介状有
- 医療機関名 [] 診療科 [] 担当医 [] 紹介状有

裏面に続きます⇒

・どのようなご病気にかかっていますか？

- 高血圧 高脂血症 糖尿病 脳血管疾患
 腎臓疾患 肝硬変 心臓疾患 甲状腺機能低下症
 その他 [_____]

・現在、何かお薬を飲んでいますか？

- はい いいえ

・今までに大きな病気をしたことがありますか？

- はい いいえ

病名(手術・事故・精神疾患など含む)

医療機関名

いつ頃

・アレルギーはありますか？

- いいえ お薬 食べ物 花粉 その他

[内容 _____]

・たばこは吸われますか？

- いいえ やめた はい [1日 _____ 位]

・お酒は呑まれますか？

- いいえ ときどき 毎日 [1日量 _____ 位]

§ご本人やご家族のようすについて、より詳しくお知らせ頂くことで、診察に役立てたいと思っておりますので、下記の項目についてもご記入下さいます様、ご協力よろしくお願い致します。

§ 患者さん(ご本人)とご家族についておたずねします。

- ・出生地 [_____] ・最終の学歴 [_____]
・ご本人は何人きょうだいの何番目ですか。 [_____] 人きょうだいの [_____] 番目
・結婚はされていますか？ はい [_____] 歳結婚] 子供 [_____] 人 いいえ
・現在お仕事をされていますか？ はい [_____] いいえ
・これまでどんなお仕事をされていましたか？ [_____]

§ 障害福祉、介護・福祉サービスの利用状況についておたずねします。

- ・障害支援区分は受けていますか？
 未申請 申請中 自立 区分 [_____] 不明
- ・介護認定は受けていますか？
 未申請 申請中 自立 要支援 [_____] 要介護 [_____] 不明
- ・相談している機関はありますか？(ケアマネージャー事業所、地域包括支援センター、相談支援事業所など)
事業所 [_____] ☎ (_____) [_____] 担当者 [_____]
- ・現在、障害福祉、介護・福祉サービスを利用されていますか？ 利用している 利用していない
- [デイサービス、ヘルパー、訪問看護、作業所など
_____]
- ・障害者手帳 身体障害者手帳 [_____] 級 療育手帳 [_____] 精神保健福祉手帳 [_____] 級
・障害年金 受給している 受給していない