

フリガナ	男・女	生年月日: T・S・H	年	月	日	満()歳
氏名	連絡先 ※クリニックからご連絡をする場合がございます 携帯 or 自宅 (_____ - _____)					
住所 〒 _____	_____					

※他院からの転院で受診される場合は以下項目にお答え下さい。

紹介状を持参している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
自立支援医療(精神通院医療)を受給している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
精神障害者保健福祉手帳を受給している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
障害年金(精神の障害)を受給している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか?

- 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・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

職業: <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> 専業主婦/主夫 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> アルバイト/パート <input type="checkbox"/> 無職	
家族構成: _____	本日の同伴者: _____
現在治療中、又は今までにかかった病気: _____	
服用中のお薬: _____ (※お薬手帳がある場合は記入不要です。)	薬品アレルギー: _____ (薬品名: _____ 症状: _____)
現在の状況(今までの経過): _____	
職務上の問題点: _____	
身体的な症状: _____	
人柄・趣味など: _____	