医療法人社団　YKM　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　NO.

横浜港北メンタルクリニック　ヘルスインタビュー（問診票）　　　　　受診日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　□はい　　□いいえ | | |
| 自立支援医療（精神通院医療）を受給している　　　　　　□はい　　□いいえ | | |
| 精神障害者保健福祉手帳を受給している　　　　　　　　　□はい　　□いいえ | | |
| 障害年金（精神の障害）を受給している　　　　　　　　　□はい　　□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？**

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。

□はい

□いいえ

|  |  |
| --- | --- |
| 職業：□会社員　□公務員　□自営業　□会社役員　□専業主婦／主夫　□学生　□ｱﾙﾊﾞｲﾄ／ﾊﾟｰﾄ　□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：　　　　　　　　　　　　　　　　　 薬品ｱﾚﾙｷﾞｰ：  （※お薬手帳がある場合は記入不要です。）　　　　　　　　　（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： | |