

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：	