

# 初診・入院相談シート

来院日 年 月 日

記入者 :  本人  ( ) (続柄 )

フリガナ 氏名 ( 男 ・ 女 ) 生年月日 ( 歳 )

住所 電話番号

同居者 有 ( ) ・ 無 当院受診 初回 ・ 受診歴あり

職業 有 ( ) ・ 無

緊急連絡先 フリガナ 氏名 (続柄 ) 電話番号

受診の目的  外来治療  セカンドオピニオン  その他 ( )  
 入院治療  診断書作成 ( )

現在の症状  不眠  不安  食欲低下  
 イライラ感  気分高揚  
 落ち着かない  攻撃的  
 死にたい気持ち  
 その他症状  
( )  
 発達障害関連  認知症関連  
 アルコール問題  
飲酒量: 種類:  
最終飲酒: 月 日 時  
(女性の方へ)  現在妊娠中又は授乳中である  
 妊娠中 (妊娠 週)  授乳中

現在の世帯状況

現在の症状について、わかる範囲でご記入ください  
例: その症状が始まった時期・ひどくなった時期・原因・症状が強くなる時間帯等  
( )

本人の意向  受診(入院)同意  不明  拒否 (理由: )

かかりつけ医  有 (病院名: 診療科名: )  紹介状あり  
 紹介状なし  
 無

現在服薬中の薬:  有 (服薬中の際は、下記へ記載して下さい。)  無  
※マイナ保険証による情報取得に同意された場合は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き記載省略可。  
( )

アレルギー:  有  無 (どんなアレルギーですか? )

これまでに大きな病気や手術をしたことはある場合はご記入ください  
( )

※裏面にもご記入下さい。

これまでに精神科・心療内科の受診歴、入院歴がある場合はご記入ください

受診 入院 〈病院名： \_\_\_\_\_〉  
〈時期： \_\_\_\_\_〉  
精神保健福祉手帳 有（ \_\_\_\_ 級）・無 \_\_\_\_\_ 障害年金 有（ \_\_\_\_ 級）・無 \_\_\_\_\_

マイナ保険証による診療情報（薬剤情報や特定検診情報）取得に同意しますか？

同意する 同意しない

この1年間で健康診断（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診したか？

はい いいえ

健診の受診時期、指導事項等ご記入下さい。※マイナ保険証による情報取得に同意された場合は記載省略可。

{ \_\_\_\_\_ }

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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算 1 6点 加算 2 2点  
(マイナ保険証を利用した場合)  
(再診時) 加算 3 2点