

ふりがな 氏名： _____	性別： 男 ・ 女 _____	年齢： _____ 歳
生年月日： S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日	ご所属： _____	電話： _____
〒 _____ 住所： _____	携帯電話： _____	

## ○現在一緒に住んでいる人をご記入ください

あなたとの関係	名前	年齢(学年)	職業	同居
例)妻	花子	35歳	事務	○

## ○前回の受診はどういった理由で途絶えましたか？

- 転居のため
- 「困った時に来てください」と言われた
- 安定したので受診しなくなった
- 行きたくなかった  
理由を教えてください  
( )
- その他  
( )

## ○現在、服薬や治療中の症状があれば教えてください

はい ( )  いいえ

マイナ保険証による情報提供取得に同意した方については、直近1カ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能

## ○現在、下記の症状があれば✓してください

- 糖尿病  甲状腺機能異常
- 高血圧  循環器疾患（心筋梗塞など）
- てんかん  高脂血症  妊娠している

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

## ○この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？

(マイナ保険証での情報取得に同意した方については記載を省略可能)

はい  いいえ

(受診時期： 月 日 指摘事項： )

## ○ご相談したいことを具体的にお書きください

(いつ頃から、どのような症状があった…等)

## ○現在の学校やお仕事や生活の状況を教えてください。

- 毎日登校・出社  遅刻・早退が多い
- 時々休む  週に数回外出している
- 家にいることが多い ( \_\_\_\_\_ 歳頃から)

## ○当院を受診後に精神科、心療内科、

相談機関などにご相談されたことはありますか？

病院・機関名	年齢	相談内容

## ○他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

はい  いいえ

## ○現在利用している福祉サービス(放課後等デイ、就労移行等)

がありましたらご記入ください。

## ○今回の受診ではどのようなことを希望されますか？

- 診断  検査  対応について
- 今後について  その他( )

## ○マイナ保険証を持参されますか？

いいえ  はい

マイナ保険証による診療情報提供取得に同意しますか？ はい/ いいえ

◆マイナバーカードにより保険資格確認は始まっていますが、今まで通り保険証を持参してください

- ・政府の資格確認ネットワークシステムはまだ不安定です。保険証がなければ資格確認できないこともあるため、これまでの保険証をご持参ください。
- ・マイナバーカードには公費負担医療の受給者証情報等は、現在反映されていません。これまで通り持参していただく必要があります。
- ・マイナバーカードの取得は任意です。

以上で終わります。ご記入ありがとうございました。  
パークサイドこころの発達クリニック