初診時受付票

平成　　年　　月　　日

当院での医療サービスの提供にあたって参考といたしますので、下記の記入をお願い申し上げます。
（家族相談の方は、診察を希望される方の事をお書きください。裏面もご記入ください。）

ふりがな 氏　名	男 女	生年月日 M・T・S・H　　年　　月　　日生（　　歳）
住所		TEL（自宅）　　－　　－ （携帯）　　－　　－
保険の種類	国民保険一般・国民保険退職者・社会保険・組合・共済 （本人／家族） 生活保護・高齢者医療・その他 （　　）	
ご利用の医療助成	自立支援医療 （ 有 → 期限 H　年　月　日 ・ 無 ） 心身障害者重度医療 （有・無） ひとり親医療 （有・無） 子ども医療 （有・無）	

☆今回の受診について、簡単で結構ですのでお書きください。

どこでこの病院をお知りになりましたか？ 他の病院からの紹介（　　病院／医院　　先生）・知人・電話帳・ホームページ 近所だから・学校から・公的相談機関から・インターネットで検索・その他（　　）
どなたと来院されましたか？（あてはまるものすべてに〇をし、カッコ内には続柄を記入して下さい） ひとりで・父・母・夫・妻・子供（　　）・祖父・祖母・親戚・（　　）・その他（　　）
どんな症状がありますか？気になることを、なるべく具体的にご記入ください・ ●身体症状（たとえば、体がだるい、頭痛、おなかが痛い・・・など） ●精神症状（たとえば、気分がすぐれない、憂うつである、何かが聴こえる、特定の行動がやめられない・・・など）
今まで病気になったことがありますか？　（ はい ／ いいえ ） 高血圧（有・無） 糖尿病（有・無） アレルギー（有・無） 甲状腺疾患（有・無） 心疾患（有・無） 膵疾患（有・無） 肝疾患（有・無） 腎疾患（有・無） ぜんそく（有・無） その他（　　）
これまで手術をしたことはありますか？　（ はい ／ いいえ ） （「はい」とお答えの方）何の手術ですか？
お薬を飲んで具合が悪くなったことはありますか？　（ はい ／ いいえ ） （「はい」とお答えの方）それはどんなお薬ですか？
現在、他の病院にかかっていますか？（いいえ／はい：　　病院／医院　　科） （「はい」とお答えの方）ご紹介状はお持ちですか？（ はい ／ いいえ ）
現在、服用しているお薬はありますか？（いいえ／はい：市販薬　　処方薬　　）
【女性の方のみ】現在、妊娠中ですか？（いいえ／はい：　　週目）

症状等に応じて検査（血液検査・心理検査・脳波・レントゲンなど）が必要な場合があります。この場合、通常の診察料に検査料金が加算されますので、ご了承ください。障害関係診断書をご依頼の場合、前回診断書の写しの提出を求めることがあります。

●家族相談、または家族同伴で来院された方は、以下にも記入をお願い致します。

相談／同伴者名	男 女	続柄　　生年月日 M・T・S・H　　年　　月　　日（　　歳）
住所		TEL（自宅）　　－　　－ （携帯）　　－　　－
どのようなことでのご相談ですか？		

☆今後の診療の参考にいたしますので、なるべくご記入くださ。

生育歴　　出身地　　市・町・村　出生時（正常分娩／帝王切開／仮死分娩／その他）

発育の遅れ（なし・あり・・・　　歳の時　　で指摘）

最終学歴　　学校（卒業:　　年　　月／中退:　　年次／就学中:　　年次）

職歴（なるべく詳しくお書きください）

障害の認定　障害者手帳）なし・あり・・・種別：身体・愛護・精神　　等級:　　級
障害年金）　なし・あり・・・種別：基礎・厚生・共済・その他　等級:　　級
児童手当等）なし・あり・・・種別：福祉手帳・特別児童手当・その他

元来の性格　明るい・暗い・社交的・内気・活動的・無口・温和・短気・のんき・勝気・わがまま
素直・気難しい・心配性・潔癖・神経質・不満多い・その他（　　）

好きなもの　　**嫌いなもの**

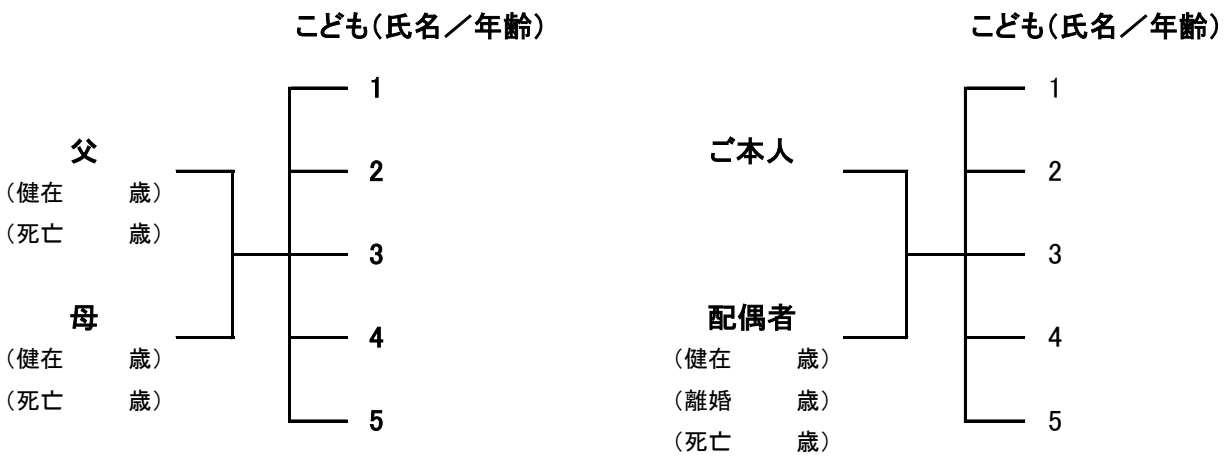
タバコ（吸わない・吸う　　本／1日）

お酒（飲まない・機会があれば飲む・毎日晩酌する：酒量　　／1日・常に飲んでいる）

結婚歴（あり・なし）

ご家庭で精神科の受診歴のある方（なし・あり・・・　　）

家族関係　ご本人に一番関わりの深い人（　　続柄　　）
※左図では、ご本人を数字のとなりに◎で表示して下さい。同居者は数字を〇でかこんでください。



治療に対して何かご意見・ご要望はありますか？

●ご記入ありがとうございました。

医療法人芙蓉会　芙蓉会病院