初診時間診票

記入者 (_____) 続柄 (____)

氏名 (_____) 年齢 (____) 歳 愛称 (_____)

当院診察券番号 (_____)

現在、通園、通学、就労している施設名・学年 (_____)

相談事項 (心配なこと・困っていること)

(_____)

(_____)

(_____)

(_____)

いつ頃から気がついていましたか？

(_____)

(_____)

現在までの経過、対処などご記載ください

(_____)

(_____)

(_____)

(_____)

これまでに受診された医療機関についてご記入ください

<u>いつ頃</u>	<u>医療機関名</u>	<u>診断</u>	<u>治療内容</u>
------------	--------------	-----------	-------------

(_____)

(_____)

(_____)

今回の受診の直接のきっかけをお聞かせください。

(_____)

(_____)

(_____)

ご家族について伺います

父親 () 歳 健康・病気 () ・別離・死亡
職業 () 最終学歴 () 成績 (上・中・下)
出身地 () 幼児期の多動傾向 (なし・あり)
性格 ()

母親 () 歳 健康・病気 () ・別離・死亡
職業 () 最終学歴 () 成績 (上・中・下)
出身地 () 幼児期の多動傾向 (なし・あり)
性格 ()

父方祖父 () 歳 健康・病気・死亡 現住所 ()

父方祖母 () 歳 健康・病気・死亡 現住所 ()

母方祖父 () 歳 健康・病気・死亡 現住所 ()

母方祖母 () 歳 健康・病気・死亡 現住所 ()

兄弟姉妹 (本人や亡くなられた方を含めて記入してください。)

1. 男・女 () 歳 ()

2. 男・女 () 歳 ()

3. 男・女 () 歳 ()

4. 男・女 () 歳 ()

5. 男・女 () 歳 ()

同居家族 ()

本人の主養育者は ()

ご家族に複雑な事情がおありの方はありますか

()

()

()

家族・親戚に下記の病気の方はありますか？

知的障害（ない・ある）先天性盲（ない・ある）先天性聾（ない・ある）

自閉症（ない・ある）多動症（ない・ある）脳性麻痺（ない・ある）

精神疾患（ない・ある）神経疾患（ない・ある）てんかん（ない・ある）

妊娠中の母親の異常はありましたか？

むくみ（ない・ある）蛋白尿（ない・ある）高血圧（ない・ある）

切迫早産（ない・ある）切迫流産（ない・ある）その他（ ）

ひどいつわり（ない・ある）胎児の発育異常（ない・ある）

在胎週数（ ）週 出生時体重（ ）g

仮死（ない・ある） 保育器の使用（ない・ある） 酸素の使用（ない・ある）

重症黄疸（ ） その他出生時の異常（ ）

哺乳の異常（ない・ある） 体重増加不良（ない・ある）

0歳までの発育

首のすわり（ ）ヶ月、お座り（ ）ヶ月、歩き始め（ ）ヶ月

単語の発語（ ）ヶ月、二語文（ ）ヶ月

3ヶ月健診 指摘なし・指摘あり（ ）

指導内容（ ）

1歳6ヶ月健診 指摘なし・指摘あり（ ）

指導内容（ ）

3歳健診 指摘なし・指摘あり（ ）

指導内容（ ）

今までかかったことのある病気・時期

病名（ ） 時期 年 月頃 医療機関名（ ）

治療内容（ ）

病名（ ） 時期 年 月頃 医療機関名（ ）

治療内容（ ）

（ ）

（ ）

家族との関係で気になることはありますか

(_____)

(_____)

家族以外の人（他の大人・子供）との関係はどうか？

(_____)

(_____)

その他、聞きたいこと、話したいことはありますか？

(_____)

(_____)

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか はい・いいえ

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

医療機関名 (_____)

現在他の医療機関に通院をしていますか

・医療機関名 (_____) 受診日 年 月 日

治療内容 (_____)

現在処方されている薬剤について (お薬手帳持参の方は記載不要)

・薬剤名・用量・用法 (_____) 投与期間 (_____) 日分

・薬剤名・用量・用法 (_____) 投与期間 (_____) 日分

・薬剤名・用量・用法 (_____) 投与期間 (_____) 日分

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

はい・いいえ（マイナ保険証取得に同意した方は不要）

これまでに薬や食品でアレルギーをおこしたことがありますか はい・いいえ

・原因となったもの (_____) 症状 (_____)

現在、妊娠中または授乳中ですか はい・いいえ

妊娠中の方 妊娠週数 (_____) 週

授乳中の方 母乳・人工乳・混合

記入年月日 令和 (_____) 年 (_____) 月 (_____) 日

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1:4点・加算2:2点（マイナ保険証を利用した場合）