

～吉祥寺クローバークリニックをはじめて受診される方へ～

以下は診察に必要な事柄ですので記入をお願いします。尚、ご記入いただいた個人情報は、当院での診療行為に関してのみ使用します。事前にご相談者様の同意なく第三者に開示することはありません。

今日の日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前（ふりがな）： _____ (_____) 男 女

ご住所：〒 _____ 電話番号： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生 身長： _____ cm 体重： _____ Kg 血液型： _____ Rh(_____)

1.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

2.本日受診した症状についておうかがいします。あてはまるものにして下さい。複数可。

眠れない 不安が強い 気分が落ち込んでいる 気分の変動がある 疲れやすい

食欲がない 人前で緊張が強い 他人と話がずれる 不注意でミスが多い

その他 _____

・発症時期 _____ 日前・週間前・ヶ月前 頃から

3. 現在までに同じ症状で他の医療機関に通院した事がありますか？

ある場合は医療機関名といつ受診していたかもお書き下さい。

医療機関名 (_____) _____ 年 _____ 月頃 入院・通院

医療機関名 (_____) _____ 年 _____ 月頃 入院・通院

4. 現在、処方されている薬がありますか？ はい いいえ

(マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可)

はいの場合 → 薬剤名 _____ 用量 _____ 投薬期間 _____

5. これまでに大きな病気にかかったことはありますか？(入院や手術を要する病気)

はいいいえ はいの場合 → 病名 _____ 時期 _____ 治療内容 _____

6. この1年間で健診(特定検診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？

(マイナ保険証による情報取得に同意した方は記載を省略可)

はいいいえ はいの場合 → 受診時期 _____ 年 _____ 月頃 指摘内容 _____

7. これまでに薬や食品でアレルギーを起こしたことはありますか？はい いいえ

はいの場合 → 原因 _____ 症状 _____

8. 現在、妊娠中または授乳中ですか？(女性のみ) はい(_____ ヶ月 授乳中) いいえ

9. マイナ保険証による診療情報取得について 同意する 同意しない

10. 現在の職業は： _____ 転職歴： _____

11. 吉祥寺クローバークリニックを知ったきっかけは？

ホームページ 看板 本 (_____) ご紹介 (_____) より紹介

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)