初診カード

年　　月　　日

受診される方	氏名	フリガナ（　　） 男・女	年　　月　　日生（　　歳）	
	職業	勤務先名称 / 学校名（学年）	電話番号	自宅： 携帯：
付添者氏名		本人との関係（　　）他（　　）		

(1) 今いちばん困っていること（症状等）は何ですか。

1.

2.

3.

4.

5.

それらはいつ頃から続いていますか。　　年　　月頃から

そのときはどんなご様子でしたか。経過はどうでしたか。

(2) 今までにどんな病気やケガをして、どちらの病院にかかりましたか。

年　月	病名	病院	入院・通院期間

(3) たばこ・・・・・　　吸う　・　吸わない

アルコール・・・　　のむ　・　のまない

(4) アレルギー・・・　無・有（　　）

(5) 心理検査を受けた事がありますか。　はい（　　年　　月）・いいえ

山梨県立北病院　　裏面も記入してください。

(6) 現在、飲んでいるお薬はありますか　　ある　　ない　　わからない

【ある】と答えた方はお薬の名前、用量などをわかる範囲で教えてください

※マイナ保険証による情報取得に同意した方は直近１ヶ月以内の処方薬だけ記載してください。お薬手帳を持っている方は手帳を医師に見せていただければ記入不要です。

薬の名前：　　用量：　　投薬期間：

(7) この1年間で特定健診や高齢者検診を受けましたか　　はい　　いいえ　　わからない

※この質問はマイナ保険証による情報取得に同意した方は回答不要です

【はい】と答えた方は時期やその際言われたことなどを記入してください

※覚えている限りで結構です

検診を受けた時期：

検診を受けた時に言われたこと：

(8) 現在、妊娠中または授乳中ですか　　はい　　いいえ

次のページも記入してください。

(9) 乳幼児期について (○でかこむ)：わからないところは結構です。

生まれたとき：出生体重（　　g）　正常産　未熟児　過熟児　仮死　帝王切開

栄養状態：（ 母乳・人工栄養 ）（ 良かった・悪かった ）（ 健康な発育・病気がち ）

発達のようす：　ことばの開始（ 早い・普通・遅い ）　歩行開始（ 早い・普通・遅い ）

ひきつけ（　　歳）　くせ（　　）　ケガ・病気（　　）

保育のようす：（　　）歳から（ 保育園・幼稚園・入学まで家庭・

性格など：　　初潮：　　歳　　ケ月

(10) 学校

		友達	成績	健康状態
（　　）年	（　　）小学校卒業	多・普通・少	上・中・下	良好・不良
（　　）年	（　　）中学校卒業	多・普通・少	上・中・下	良好・不良
（　　）年	（　　）高 校	多・普通・少	上・中・下	良好・不良
（　　）年	（　　）大 学　（　　）学部			良好・不良
（　　）年	（　　）　（　　）			良好・不良

(11) 職業　　(仕事の内容や職場の人間関係などについても 記入して下さい)

1.　　年～　　年（　　）

2.　　年～　　年（　　）

3.　　年～　　年（　　）

4.　　年～　　年（　　）

5.　　年～　　年（　　）

(12) 家族

	氏名	年齢	職業	本人と同別居の別
実父		（　　）		同・別・死別
実母		（　　）		同・別・死別
自分の兄弟 1.		（　　）男女		同・別・死別
2.		（　　）男女		同・別・死別
3.		（　　）男女		同・別・死別
4.		（　　）男女		同・別・死別
5.		（　　）男女		同・別・死別
6.		（　　）男女		同・別・死別

(13) 現在（　　人暮らし）

1. 同居の家族 (○をつける)

祖父・祖母・父・母・夫・妻・子・その他（

子の名前 年齢　1.　（　　歳）　3.　（

2.　（　　歳）　4.　（

2. 結婚（　　年　　月）・未婚

配偶者名　　（　　歳）

配偶者の職業：

同居　別居　死別　離婚（　　年　　月）

保護者になる方の氏名

このカードへの記入者名