

# 問診票

年 月 日

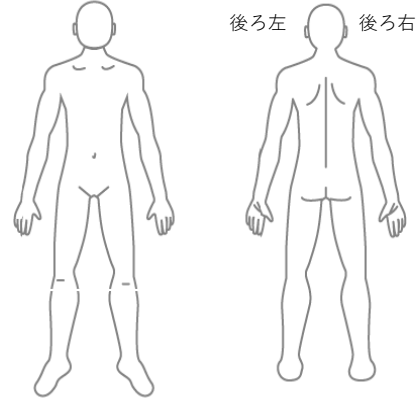
|      |            |         |    |          |
|------|------------|---------|----|----------|
| ふりがな |            | 男・女     | 住所 | 〒        |
| 氏名   |            |         |    |          |
| 生年月日 | 大・昭<br>平・令 | 年 月 日 歳 | 電話 | 自宅<br>携帯 |

■15歳以下の方は体重を教えてください。 \_\_\_\_\_ k g ・ わからない

■どのような症状で来院されましたか？

\*症状のある部位を右のイラストに○印でご記入ください。

- ・湿疹    ・かぶれ    ・かゆみ    ・水虫    ・ヘルペス
- ・できもの    ・水いぼ    ・アトピー、乾燥肌    ・にきび
- ・イボ    ・タコ    ・ウオノメ    ・その他



■その症状はいつ頃からですか？

\_\_\_\_\_ 年 月 日 または \_\_\_\_\_ ぐらい前から

■その症状で他の病院を受診されていますか？

いいえ・はい (病院名 \_\_\_\_\_ )

**\*○印で記入ください**

■既往歴はありますか？(これまでかかった病気) あればいつ頃かもご記入ください。

■現在お薬を飲んでいますか？

\*「はい」とお答えの方はお薬手帳をご提出ください。

いいえ・はい 薬名 ( \_\_\_\_\_ )

■アレルギーはありますか？

いいえ・はい 薬名 ( \_\_\_\_\_ ) ・食べ物 ( \_\_\_\_\_ )  
金属・麻酔・花粉症・その他 ( \_\_\_\_\_ )

■車の運転を長時間されますか？

いいえ・はい

■前立腺肥大症・緑内障はありますか？

いいえ・はい

以下、女性の方のみお答えください。

■現在、妊娠されていますか？

いいえ・わからない    ・はい ( \_\_\_\_\_ 週目)

■授乳中ですか？

いいえ・はい

■当院をどこでお知りになりましたか？

1. インターネット    2. 駅看板    3. 電柱看板    4. 屋外広告看板    5. 情報誌  
6. 人づて    7. 他の医院からの紹介    7. その他 ( \_\_\_\_\_ )

◇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お願いいたします。

◇医療情報取得加算：(従来の保険証で受診) 初診加算 1 3点 再診加算 3 2点

(マイナ保険証で受診) 初診加算 2 1点 / 再診加算 4 1点

