

問診票

記入日 年 月 日

| | | | |
|------|-------|--------|-----------------------------------|
| 日文拼音 | | 男 女 | 年 月 日生 (歳) ※未満 15 歳者：体重 (kg) |
| 姓名 | | | |
| 地址 | 〒 | | |
| 電話番号 | () — | E メール | @ |

【症状はどれですか？（複数可）】
☐ かゆい ☐ いたい ☐ ブツブツ ☐ 水ぶくれ ☐ ケガ ☐ ヤケド ☐ 赤い ☐ 黒い ☐ 青い
☐ その他 _____ ※自由診療（シミ、美容、AGA等）に関する相談は別途カウンセリング
料がかかります（当日施術はカウンセリング料がかかりません）。

【いつからですか？】

【部位はどこですか？ 右図に○等で記載してください】

【薬や食べ物のアレルギーはありますか？】
☐ ある _____ ☐ ない

【現在他の医療機関に通院していれば、以下にお答えください】
医療機関 _____ 受診日 _____
治療内容 _____

【この1年間で検診（特定健診及び高齢者検診）を受診しましたか】
☐ はい：指摘内容 _____ 受診日 _____
☐ いいえ

【治療中の病気や持病はありますか？】 ☐ ある ☐ ない

【治療中の病気や持病が「ある」方のみ、選択をお願いします】
☐ 心臓病 ☐ 高血圧 ☐ 血栓症 ☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ 胃潰瘍 ☐ 前立腺肥大 ☐ 緑内障
☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病（B型C型肝炎含む） ☐ 膠原病・リウマチ ☐ 脳梗塞/脳出血
☐ 甲状腺疾患 ☐ うつ ☐ 不安神経症 ☐ 統合失調症 ☐ てんかん ☐ 梅毒 ☐ HIV
☐ アトピー ☐ じんましん ☐ がん（がんの種類： _____ ） ☐ その他 _____

【現在使用中の内服薬や外用薬はありますか？】
☐ ある _____ ☐ ない

【女性の方のみにお聞きします】
☐ 妊娠中（ _____ 週） ☐ 妊娠していない ☐ 授乳中である

【当院をお知りになったきっかけを教えてください（複数可）】
☐ ホームページ ☐ お住まいが近い ☐ 職場が近い ☐ 各種メディア ☐ 看板を見た

【マイナ保険証による診療情報取得に同意する】 ☐ はい ☐ いいえ

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致します。
◆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（マイナ保険証利用時）
<再診時>加算 3……2 点 / 加算なし（マイナ保険証利用時）