

問診票

記入日 年 月 日

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

【症状はどれですか？（複数可）】

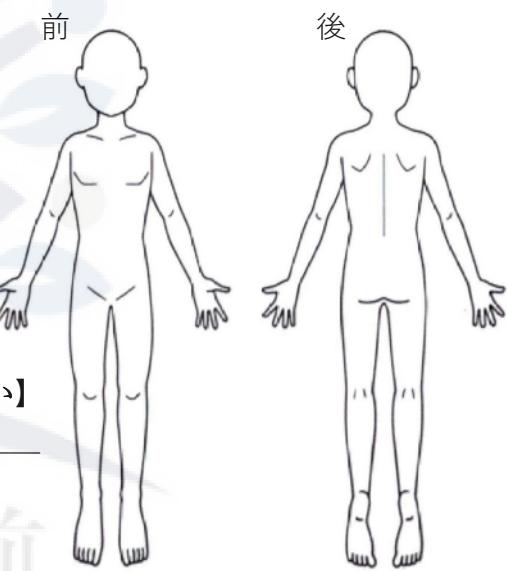
- かゆい いたい ブツブツ 水ぶくれ ケガ ヤケド 赤い 黒い 青い
その他 _____ ※自由診療（シミ、美容、AGA等）に関する相談は別途カウンセリング料がかかります（当日施術はカウンセリング料がかかりません）。

【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 縦内障
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下さい（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）