

問診票

記入日

フリガナ			男 女	年 月 日生まれ (歳)
氏名				※15歳未満の方：体重 (kg)
住所	〒			
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

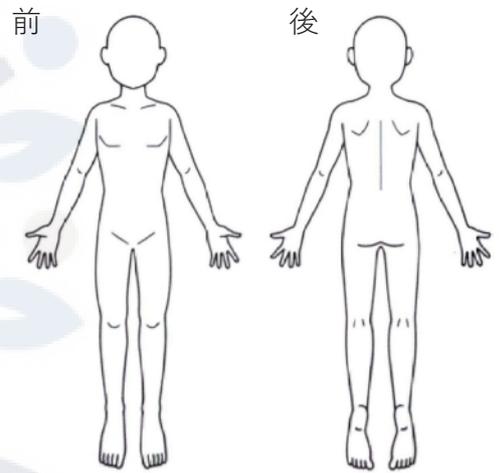
●薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- ある _____ ない

●治療中の病気や持病はありますか？ 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 _____



●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？薬の名前を記載して下さい。

- ある _____ ない お薬手帳あり（診察室でご提出下さい）

●この1年間で健康診断（特定健診、高齢者検診など）を受診しましたか

- はい：指摘された内容 _____ 受診日 _____
いいえ

●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

●マイナ保険証をお持ちの方：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）