

問 診 票

この問診票に記載された患者様の情報は治療の目的のみに使用させていただきます

ふりがな _____ 記入 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

氏 名 _____ 男・女 _____

生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 ____ 月 ____ 日 _____ 才
〒 _____

住 所 _____

携帯電話 _____ - _____ - _____ 連絡先 _____ - _____ - _____ (_____ 様方)

勤務先名 _____ 勤務先電話 _____ - _____ - _____

身 長 _____ cm 体 重 _____ kg (特にお子様)

◆マイナ保険証による診療情報(薬や健診データ)取得に同意されますか? (はい / いいえ)

いつ頃から、どのような症状で受診されましたか?

・いつから? _____

・症状は? _____

・上記の症状で他院に受診、お薬の使用はありましたか? はい (薬名 _____) ・ いいえ (病院名など _____)

薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか?

はい → 品名 _____

いいえ

内科など他の医院でお薬をもらっていますか?

皮膚科でなくても、すべての内服薬についてお答え下さい。

はい → 病名 _____

いいえ 薬名 _____

お薬手帳なし / ありの方は受付へお出し下さい

これまでにかかった病気、手術などはありますか?

はい → 病名 _____

いいえ いつ頃 _____

病院名 _____

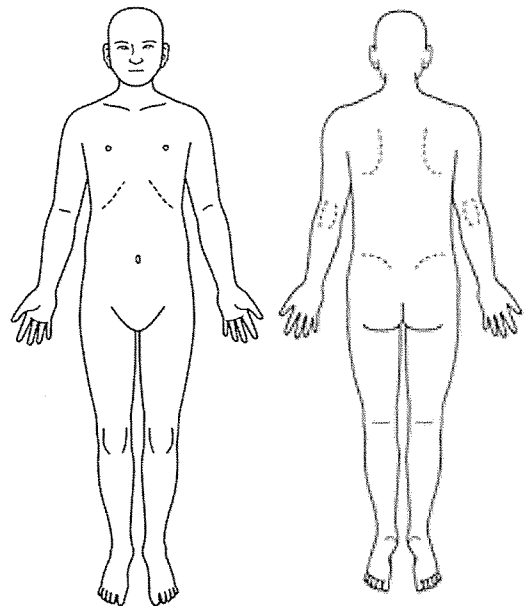
*** 女性の方へ ***

現在、妊娠中ですか? または、可能性はありますか?

はい (現在 ____ 週目) ・ いいえ ・ 可能性あり

現在、授乳中ですか? はい ・ いいえ

* 下の図に○をつけてください。



ご記入ありがとうございました。

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いたします。