

問診票

ふりがな

◎名前 _____ (男・女)

◎生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)

◎住所 〒 _____ 県 _____ 市・郡

_____ 町・区 _____ 番地

◎携帯電話番号 _____ - _____ ◎自宅電話番号 _____ - _____

1. 今日診察する症状はいつ頃からですか? (_____ 頃から)

2. その症状はどこですか? (右の図にも○をつけてください)

頭・顔・目・耳・首・胸・わき・お腹・腕・手・背中・腰・足

太もも・すね・股・お尻・陰部・手爪・足爪・その他 (_____)

3. どのような症状でお困りですか? ○をつけてください

赤い・痛い・かゆい・皮剥け・乾燥・ブツブツ・水ぶくれ・じゅくじゅく

汗の悩み・イボ・ケガ・やけど・ニキビ (治療歴 有・無)・その他 (_____)

4. 他医療機関からの紹介状がありますか? はい (受付にご提出ください) いいえ

5. 過去にかかっていた病気 (皮膚科以外も) があればご記入ください。

(_____)

6. 今までけいれんをおこしたことがありますか? (はい・いいえ)

7. 現在治療中の病気がありますか? (はい・いいえ) 医療機関名 (_____)

はいの方…糖尿病・高血圧・心疾患・肝臓疾患・腎臓疾患・緑内障・喘息・その他 (_____)

8. 内服中の薬、使用中の外用薬があればご記入ください ※薬手帳があればご提出ください

(_____)

9. お薬を飲んでアレルギーを起こしたことがありますか? (はい・いいえ)

はいの方…お薬の名前 (_____)

10. 女性の方のみ 妊娠中 (妊娠の可能性あり) (はい ヶ月・いいえ) 授乳中 (はい・いいえ)11. 小学生以下の方のみ 体重 _____ kg

飲めない物には○をつけてください (錠剤・カプセル・粉薬・シロップ)

・マイナ保険証で受付された方→マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか はい いいえ

・40歳以上の方→この1年間で特定健診又は高齢者健診を受診しましたか 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いたします。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 保険証利用 加算4点 マイナ保険証利用 加算2点

ご記入が終わりましたら、受付スタッフへお渡しく下さい

※尚、当院における個人情報、診療および診療報酬請求目的以外には使用いたしません