

ID :

受診日

年 月 日

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 ケ月・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。

医療情報取得加算(初診時) マイナ保険証利用・保険証利用 加算1点医療情報取得加算(再診時) マイナ保険証利用・保険証利用 加算1点(3月に1回)

ご記入が終りましたら、受付スタッフへお渡しください

※尚、当院における個人情報は、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

