

## 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 \_\_\_\_\_ k g

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)

ご記入が終わりましたら、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、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