

問診票

赤いボールペンで記載してください

Name	Family name, First name, Middle initial		Nationality							
(フリガナ)			国籍							
お名前	殿									
Birth Date 生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	才	Sex 性別	M 男	F 女		
Address 住所	〒									
↓日中連絡がつく番号の明記をお願いいたします。↓								Occupation 職業		
TEL 自宅電話	—		—							
Mobile phone 携帯電話	—		—							

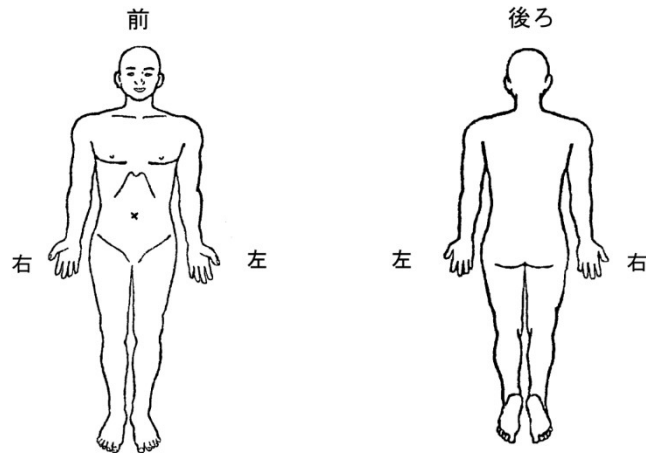
身長 _____ cm 体重 _____ kg

◆紹介状はありますか はい ・ いいえ

◆マイナ保険証による診療情報所得に同意されましたか はい ・ いいえ

次の該当する項目に○記または御記入下さい。

1. どこが悪いですか？症状がある部分に○をつけて下さい



2. どのように悪いですか？

- 1) かゆい 2) いたい 3) はれている 4) 水疱ができる
 5) おできがある 6) 発疹がある (赤・褐色・黒・青・白・黄・その他)
 7) いぼがある 8) 髪の毛がぬける 9) 皮がむける
 10) その他 (_____)

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 4点 (マイナ保険証を利用しない場合) 3割負担で10円

医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算 2 2点 (マイナ保険証を利用した場合) 3割負担で0円

裏面も御記入下さい。

3. それはいつからですか。原因はありますか。
年 月 日から (才から) ()

今までに同じようになったことはありますか。→ はい いいえ

4. 今回の症状で今までにどこかで診察を受けましたか。

1) うけた 年 月 日 2) うけてない
医療機関名
診断名

5. 今までにどんな病気をしたことがありますか。あれば何才頃ですか。

(皮膚科以外の病気も書いてください。)

1) 才 4) 才
2) 才 5) 才
3) 才 6) 才

6. 現在、他の医療機関に通院していますか

医療機関名
診断名

7. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか

いいえ はい(受診時期 指摘内容)

8. 家族の人に同じような病気がありますか。

いいえ はい(どなたが?)

9. 食品、薬剤、その他でアレルギーをおこしたことはありますか。

()

10. 血液をサラサラにする薬を飲んでいますか。

いいえ はい(薬剤名)

11. 女性の方へ

妊娠している可能性はありますか。また、授乳中ですか。

いいえ はい(ヶ月)・授乳中

12. どのようにしてこのクリニックを知りましたか?

他院からの紹介 親戚・知人の紹介 インターネット TV 新聞 雑誌
その他()

ありがとうございました。受付までお持ちください