

仕事場でのやけど、けがの場合は
必ず受付にお申し出下さい

【問診票】

名前	ふりがな	男・女	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	才
				年齢				
住所	(郵便番号の記入をお願いします)			電話	自宅	—	—	
	都・道 府・県				携帯	—	—	

身長 _____ cm 体重 _____ kg

★本日の症状はいつ頃からありましたか？

() 日前より () 週間前より () ヶ月前より () 年前より

★診察してもらいたい場所はどこですか？(顔・背中・全身などをお書き下さい)

★そちらはどのような症状ですか？○印をつけて下さい

かゆい・痛い・ポツポツが出来た・赤くなった・腫れた・しこりがある・じくじくする・ホクロ・シミ・脱毛(抜け毛)
その他(具体的にお書き下さい)

★その症状で今までに治療を受けましたか？

なし あり 病院名：
薬品名：

◇現在治療中の病気はありますか？

はい いいえ
病名： 病院名：
薬品名：

◇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？

はい いいえ
受診時期： 指摘事項など：

◇日常生活についておたずねします

タバコは吸いますか？ はい(1日 本) いいえ
アルコールは飲みますか？ はい(少し・たまにを含みます) いいえ

◇ご婦人のかたへ

現在妊娠中、またはその可能性がありますか？ はい(週目) いいえ 不明

◇今までに次のような病気にかかった事がありますか？○印をつけて下さい

ぜんそく・アトピー性皮膚炎・じんましん・糖尿病・緑内障・前立腺肥大症 特に無し
その他(特別な病気があればお書き下さい))

◇これまでに薬や注射で何か異常が出たことがありますか？

はい(薬品名：) いいえ

◇家族の方が次の病気にかかった事がありますか？○印をつけて下さい

ぜんそく・アトピー性皮膚炎・じんましん・肝臓病・腎臓病・糖尿病 特に無し
その他(特別な病気があればお書き下さい))

◇マイナ保険証による診療情報(受診歴・薬剤情報・特定健診情報等)の取得について

同意する 同意しない 持っていない

ありがとうございました。尚紹介状をお持ちの方は、この問診票に添えてお出し下さい

★初診の方はカルテ作成の為診察順がずれる事がありますのでご了承下さい

当院は、診療情報(薬剤情報・特定健診情報等)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。

(医療情報・システム基盤整備体制充実加算算定医療機関)

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お願いいたします。