

職場でのやけど、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・令 年 月 日 年齢 才
住所	〒 - (郵便番号の記入をお願いします) 都・道 府・県	電話	自宅 - - 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・巻き爪・脱毛(抜け毛)・AGA・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:

※マイナ保険証による診療情報取得に同意頂けましたか？(マイナ保険証持参の方のみ) はい ・ いいえ

◎現在治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ

(マイナ保険証による情報取得に同意した患者様については、直近1ヵ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能)

病名:

病院名:

薬品名:

◎この1年間で健診(特定健診・高齢者健診に限る)を受診しましたか？ はい ・ いいえ

(マイナ保険証による情報取得に同意した患者様については、記載を省略可能)

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 ・ いいえ / アルコールは飲みますか？ はい ・ いいえ

◇ご婦人のかたへ

現在妊娠中、授乳中またはその可能性がありますか？ はい(週目) いいえ 不明 授乳中

◇今までに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・糖尿病・緑内障・前立腺肥大症・B型肝炎・C型肝炎 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・糖尿病・肝臓病・腎臓病 特に無し

その他(特別な病気があればお書き下さい:)

◇最後に、ひまわり皮フ科をどのようにしてお知りになりましたか？

次の項目から当てはまるものに○印をつけて下さい

1. 電話帳(タウンページ)
2. 駅ホームの看板
3. 診療所を外から見て(入り口の看板)
4. インターネット(ホームページ)
5. 家族や知人からの紹介
6. 携帯検索サイト(ファイン・ドクター)
7. その他:具体的にお書き下さい(本や雑誌等…)

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致します。

◇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 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)