

問診票

年 月 日

当院はマイナ保険証の利用に対応しており、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。
 ◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算①⇒6点、加算②⇒2点(マイナ保険証を利用し、情報提供に同意した場合)

フリガナ		生年月日	ご連絡先の電話番号
お名前	男	大正・昭和・平成・令和	携帯
	女	年 月 日	固定
ご住所	(〒 -)		
・薬のアレルギーはありますか。 いいえ はい → (薬剤名)			
・女性の方は、現在妊娠・授乳中ですか。 いいえ はい → 妊娠中 (週) ・ 授乳中			

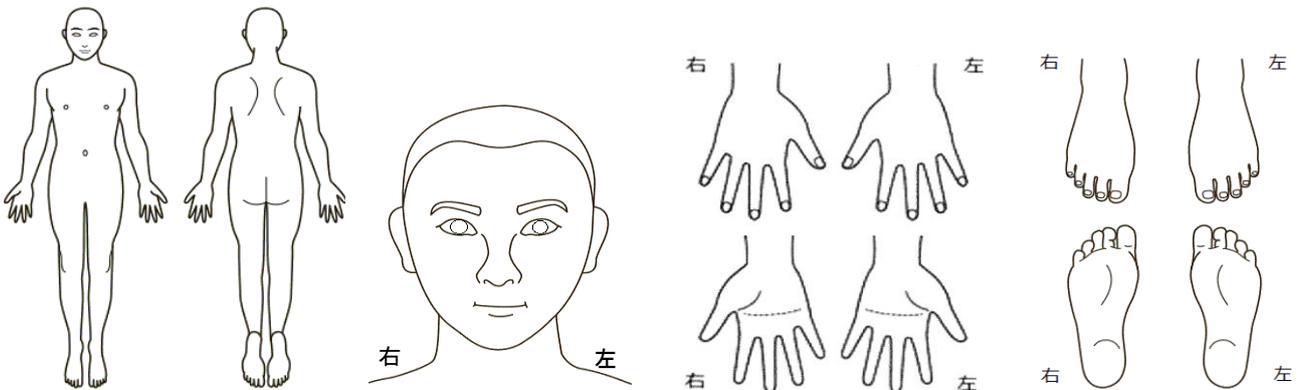
1. お困りな症状の部位や種類は、いくつありますか。 → っ

2. 症状と部位に○をつけてください。

【症状】: かゆみ・痛み・腫れ・赤み・乾燥・ニキビ・できもの・やけど
 水虫・巻き爪・その他()

【いつから】: () 日前・() 週間前・() か月前・() 年前

【部位】



3. 現在、治療中や経過観察中のご病気はありますか

(発達障害などの特性についてもお書きください)

いいえ はい (病名)

4. 現在、内服しているお薬はありますか。

いいえ はい [薬剤名]

5. 以前、入院・手術など大きな病気にかかったことがありますか。

いいえ はい (病名)

6. 当院に来院されたきっかけを教えてください(複数選択可)。

- ・家族や親族からの紹介 ・友人や知人からの紹介 ・ホームページ ・看板
- ・他院からの紹介(病院名 ・栄養に力を入れていると知って
- ・以前、他院で院長の診察を受けたことがある ・その他()

ありがとうございました。