

問 診 票

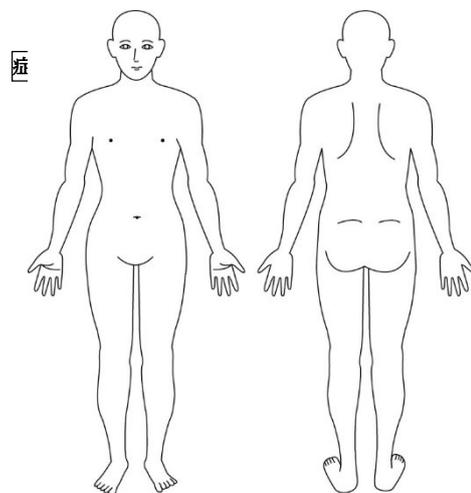
ふりがな
氏名

殿 (男 ● 女)

生年月日 T S H R 年 月 日 歳

郵便番号 〒 - 住所

電話番号



1 本日の症状についておうかがいします。

・いつ頃から症状がありますか? (から)

・どのような症状ですか?

かゆい 痛い ぶつぶつ カサカサ
赤み 水ぶくれ やけど 水虫 にきび
いぼ タコやウオノメ 蕁麻疹 アトピー
その他

・思い当たる原因はありますか? ○をつけてください。

薬剤 食べ物 化粧品 虫さされ よくわからない

2 この症状で、現在あるいは過去に治療を受けられたことがありますか?

(はい いいえ)

「はい」の方……医療機関名 ()

病名 ()

3 これまでにかかった病気、または現在治療中の病気に○をつけてください。

高血圧 糖尿病 喘息 花粉症あるいはアレルギー性鼻炎、結膜炎 胃炎、胃潰瘍
腎臓病 肝臓病 リウマチ 脳梗塞、脳卒中 前立腺肥大 緑内障 がん、腫瘍
心療内科疾患 (うつ病や不安神経症) 不眠症その他

通院医療機関名 ()

4 現在何かお薬を内服されていますか? (はい いいえ)

「はい」の方……お薬手帳あればご用意ください。

お持ちでない方 (薬剤名)

5 今までお薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか? (はい いいえ)
あれば薬剤名あるいは食品名を教えてください ()

6 女性の方へお尋ねします。

・妊娠中ですか? (はい 【 】週 いいえ)

・授乳中ですか? (はい いいえ)

7 マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか?

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協力をお願いいたします。

8 他の医療機関からの紹介状はありますか?

はい いいえ