

# 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。  
 ◆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いたします。

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			

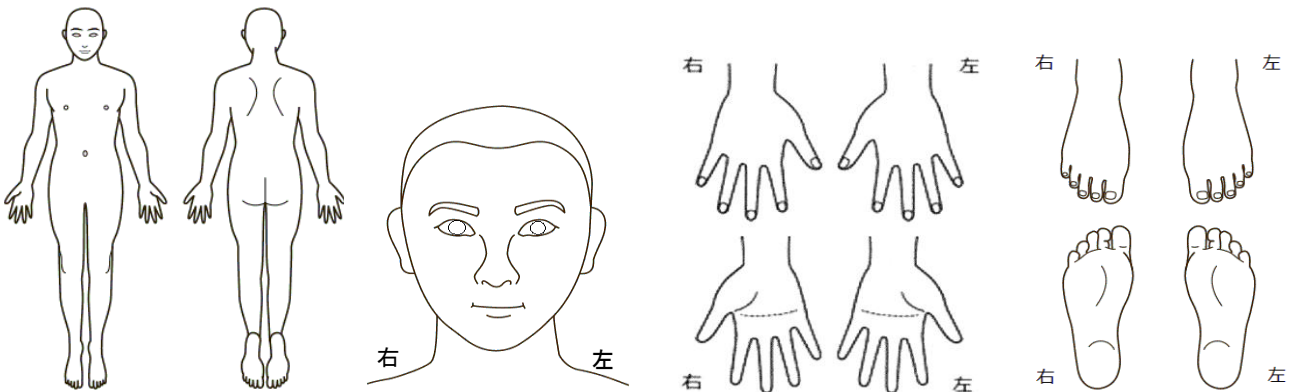
1. お困りな症状の部位や種類は、いくつありますか。 →  っ

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。