

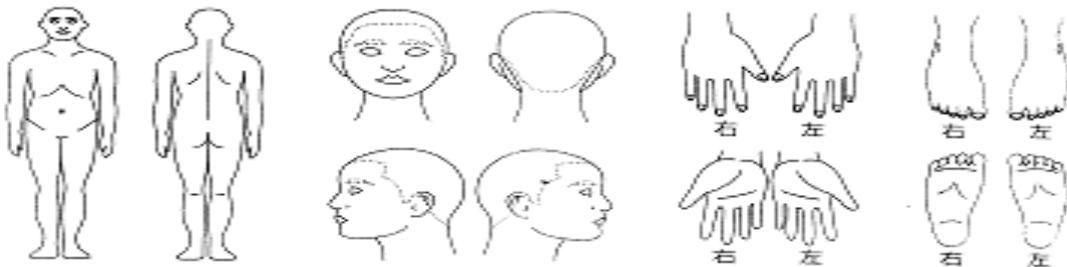
# 問 診 票

フリガナ	男	T S H R	年	月	日	才
氏名	女	小学生以下	kg	体温	℃	
住所	〒 _____					
TEL			職業（具体的に）			

① いつから、どんな症状がありますか

a) いつから ( ) 前から・よくわからない  
 かゆい・痛い・乾燥している・水ぶくれ・水虫・いぼ・水イボ・ほくろ・できものにきび・虫さされ・ハチさされ・じんましん・ヘルペス・やけど・水ぼうそう・風疹・はしか  
 Qスイッチルビーレーザー・炭酸ガスレーザー・その他 ( )

b) 部 位 (下の図に○を付けて下さい)



② マイナ保険証による診療情報取得に同意していますか (はい・いいえ)

③ 40歳以上の方へ この1年間で特定健診および高齢者健診を受診しましたか (はい・いいえ)

④ 現在、治療中の病気はありますか (ある・ない)

病名 ( )  
 内服中の薬名 ( )  
 ※内服中の方はお薬手帳をお出してください

⑤ 今までにどんな治療を受けたとがありますか ※治療中は除く (ある・ない)

・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎(花粉症)・喘息・糖尿病・心臓病・高血圧・胃潰瘍・緑内障  
 ・肝疾患・腎疾患・膠原病・前立腺肥大・輸血・手術 ( ) その他 ( )

⑥ 血縁家族(祖父母・両親)の方にアレルギー疾患はありますか (ある・ない)

・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎(花粉症)・喘息・その他 ( )

⑦ 薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか (ある・ない)

薬、食べ物の名前 ( )

⑧ 〈女性の方に〉 現在、妊娠中ですか、またはその可能性はありますか

\*現在妊娠している ( ) カ月 \*可能性あり \*可能性なし \*授乳中

⑨ その他、お気づきの点がございましたらご記入下さい

- ・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務めています。
- ・正確な情報取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。