

フリガナ _____ 大正 昭和 平成 令和
名前 _____ (男 女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 才) 1歳未満 (_____ ヶ月)

住所 〒 _____

電話番号 _____ 携帯電話番号 _____

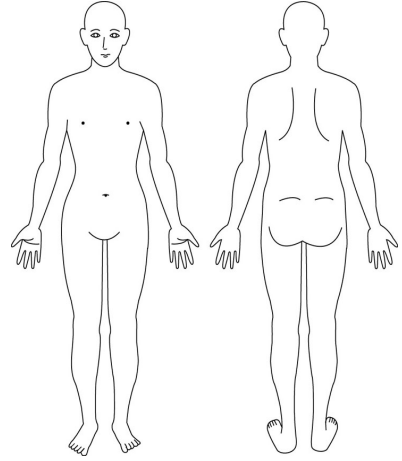
① いつから症状がありますか _____

症状の出ている場所を○で囲んでください

右 左 左 右

② どのような症状がありますか ○で囲んでください↓

- 赤み かゆみ 痛み にきび やけど できもの 湿疹 乾燥
- じんましん 水虫 アトピー 虫さされ 水いぼ 巻き爪 円形脱毛
- あざ いぼ ほくろ (良性/悪性の診断を希望・治療を希望)
- 花粉症 帯状疱疹 ヘルペス アレルギー検査を希望
- その他 (具体的にご記入下さい)



③症状が出たきっかけに思い当たることはありますか

いいえ はい _____

④この症状について治療を受けましたか お薬手帳がある方は提出してください。

いいえ はい 市販薬 _____
処方薬 _____ 月 _____ 日 処方

⑤該当するものにチェックをお付けください

- 1) 花粉症はありますか いいえ はい→使用薬剤 (なし・あり: _____)
- 2) 飲酒 しない する (毎日 週 _____ 回 週末のみ)
- 3) 車の運転 しない する (毎日 週 _____ 回 週末のみ)
- 4) 市販の風邪薬で眠気が出たことがありますか いいえ はい

⑥薬でアレルギーが出たことがありますか

いいえ はい 薬品名 (_____) 症状 (_____)

⑦歯科などの麻酔で気分が悪くなったことがありますか

いいえ はい

⑧現在治療中の病気はありますか

いいえ はい 糖尿病 高血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病 その他 (_____)

⑨現在内服中の薬はありますか 薬の名前を書くかお薬手帳を一緒にご提出ください

いいえ はい (_____)

⑩身長・体重を教えてください

身長 _____ cm 体重 _____ kg

⑪来院のきっかけを教えてください 紹介状をお持ちの方は問診票と共にご提出ください。

インターネット 会社が近い 自宅が近い 駅などの看板
ご紹介 ご紹介者 (_____ 様) 医療機関 (_____)

⑫マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか いいえ はい

【女性の方のみお答えください】

現在ご妊娠中ですか いいえ 可能性あり 妊娠中 (_____ 週)

現在授乳中ですか いいえ はい 最終月経開始日 _____ 月 _____ 日

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。
 ◆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)