

ID _____

体温 _____℃

仕事場でのやけど、けがの場合は必ず受付
にお申し出ください。

【問診票】

順番予約制のため、後から受付に来た患者様が先に
診察に呼ばれる場合があります。

名前	ふりがな	性別	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日
		男・女		年齢 才	
住所	〒 - (郵便番号の記入をお願いします。)		電話番号	自宅	- -
	都・道 府・県			携帯	- -

体重 _____ kg (←患者様がお子様の場合は必ず記入ください。)

- 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

はい・いいえ 紹介状をお持ちの方は受付に提出してください。

- マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？

はい・いいえ

- 本日受診した症状について

- 該当するものに○印を付けてください。【1回の診察につきご相談は2件まででお願いします。】

かゆい・痛い・ボツボツができた・赤くなった・腫れた・しこりがある・じくじくする・ホクロ・シミ・抜け毛
その他 (具体的にお書きください)

- その症状の出ている場所はどこですか？ (顔・背中・全身などをお書きください)

- その症状はいつ頃からありましたか？

() 日前から () 週間前から () か月前から () 年前から

- その症状に関して他の医療機関で治療を受けましたか？

はい・いいえ はいの場合、病院名：

処方された薬：

- 現在治療中の (皮膚以外の) 病気はありますか？ はい・いいえ

病名：

病院名：

現在処方されている薬：

- これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？

はい・いいえ

はいの場合、具体的に原因と症状：

- 現在、妊娠中または授乳中ですか？ (女性のみ)

はい・いいえ

はいの場合、妊娠週数または乳児の月齢：

- 嗜好品について

タバコは吸いますか？ はい・いいえ はいの場合、1日 () 本

アルコールは飲みますか？ はい・いいえ はいの場合、1日に飲む量：

- この1年で「特定健診」または「高齢者健診」を受診しましたか？

はい・いいえ はいの場合、指摘事項：

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として、初診時に加算1 (マイナ保険証を利用しない場合6点) または加算2 (マイナ保険証を利用した場合2点)、再診時に加算3 (マイナ保険証を利用しない場合2点) が加算されます。