

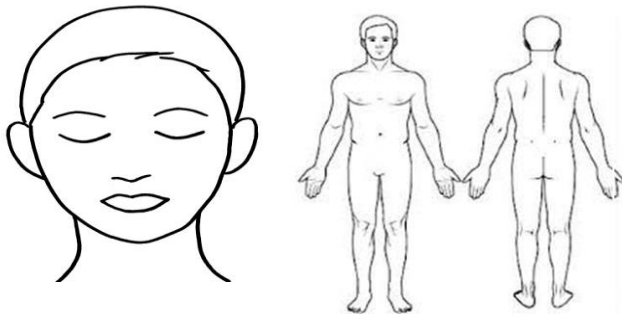
問診票（保険診療）

受付日 令和 年 月 日

※お渡しの番号で診察室、お会計をお呼び致します

フリガナ 氏名	男・女 ※女性：妊娠している可能性が ある・ない (妊娠： 週目) (出産予定：R 年 月頃) (授乳 している・していない)
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
住所 〒 - 区・市・町	
TEL 自宅 () 携帯 ()	
職業	
当院を何で知りましたか？(家族、友人の紹介)(ホームページ)(広告)(その他：)	

↓診てもらいたい部位を○で囲んで下さい



- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| ☐ かゆい | ☐ イボ |
| ☐ 痛い | ☐ 発疹 |
| ☐ はれている | ☐ 皮がむける |
| ☐ 赤み | ☐ ニキビ |
| ☐ 水疱ができています | ☐ ヤケド |
| ☐ その他 | (仕事 or その他) |
| () | () |

問 1	本日はどのようなご相談で来られましたか？上記該当するものを□にチェックをお入れ下さい。 ()
問 2	症状はいつ頃からありますか？(年 月 日頃～・ ヶ月前・ 日前～)
問 3	今まで大きな病気をされたことはありますか？ はい・いいえ (病名：)
問 4	現在何かの病気で治療を受けていますか？ はい・いいえ (病名：)
問 5	現在、常用している薬はありますか？ はい・いいえ (薬品名：)
問 6	薬や注射の過敏症はありますか？ はい・いいえ (薬品名：) ※お薬手帳などお持ちでしたら問診表と一緒にお願いします。
問 7	何かのアレルギーがある、特異体質などと言われた事ありますか？ はい・いいえ (薬品名等：)

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(他院での処方内容、健診情報等)を取得・活用するため

■マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ はい・いいえ