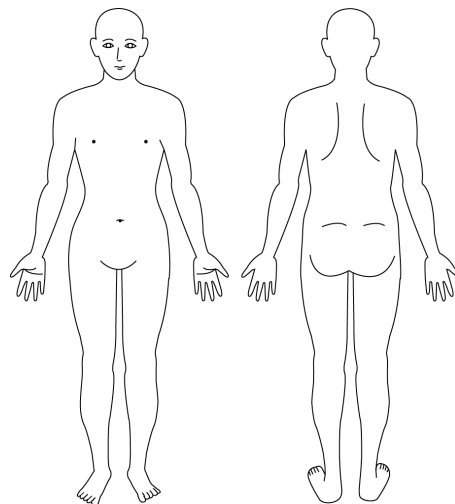


問診票

令和 年 月 日

ふりがな お名前 (男・女)	生年月日	年 月 日 歳 ヶ月
〒 ご住所		
電話番号	E-mail	
身長()cm 体重()kg 体温()℃		

- いつ頃からどのような症状でお困りですか。
 ・いつ頃からですか。()から)
 ・症状のあるところはどこですか。
 (右図に○をつけて下さい)
 ・どのような症状で
 ()
- この症状で、現在あるいは過去に治療をうけていますか。(はい ・ いいえ)
 「はい」の方・・・病名()
 また、その治療で変化はありましたか。
 (よくなった ・ 悪くなった ・ 変わらない
 その他[])



- 今までににかかった病気がありますか。
 アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 糖尿病 ・ 高血圧
 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障
 その他 ()
- 現在、他の病院にかかっていますか。(はい ・ いいえ)
 「はい」の方・・・()科 病名 ()
- 現在、使用している薬はありますか。(はい ・ いいえ)
 「はい」の方・・・内服薬 () 外用薬 ()
 お薬手帳をお持ちの方はそのままお出し下さい。
- 今までにお薬や食べ物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」の方・・・()
- 女性の方のみお答え下さい。
 妊娠中ですか (はい [ヶ月] ・ いいえ)
 授乳中ですか (はい ・ いいえ)
- 何を見て来院されましたか。
 知人、家族の紹介 クリニックのホームページを見て
 看板を見て (1階の置き看板 ・ 駅の看板 ・ その他の看板)
 その他()

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致します。
 ◆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)