

問 診 票

初診日()

フリガナ	男・女		歳	No.
お名前	生年月日 (M. T. S. H)	年	月	日
診察前の体温 度 分				
〒 -				
ご住所				
↓緊急時の為に、できればご連絡先は複数ご記入下さい。↓ 自宅もしくは、携帯電話をお持ちでない方は「×」印をお願いします。				
自宅TEL番号		携帯TEL番号		
緊急時のご連絡先は？(自宅のみ可・携帯のみ可・どちらも可) LINE登録(未・済)				
(メールアドレス もしくは FAX)				
①本日は右記のいずれをご持参いただきましたか？ <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの保険証(以下マイナ保険証)				
②マイナ保険証受診の方にお尋ねいたします。あなたの診療情報(服薬歴、健診歴など)を当院が取得することに同意されましたか？				
<input type="checkbox"/> 同意していない <input type="checkbox"/> 同意した				
③直近1年間健診(特定健診や高齢者健診など)を受けられましたか？ *前述の設定にて、健診歴の情報取得に同意された方は記載不要				
<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた(健診名) (いつ頃: 年 月ごろ)				
④ 今までに下記の病気にかかったり、手術をしたことがありますか？				
アトピー性皮膚炎・気管支喘息・アレルギー性鼻炎・花粉症・その他()				
高血圧・糖尿病・肝臓病・手術(年 月 病名)				
⑤親族の中に、④でたずねた病気にかかった方がいますか？				
<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> います(病名:)				
⑥現在、他の医療機関から処方された薬などを服用されていますか？				
<input type="checkbox"/> 服用していない <input type="checkbox"/> 服用している(薬剤:)(用量 年 月ごろ)(投薬期間 年 月ごろ)				
⑦本日はどのような症状で来院されましたか？ <u>必ずご記入下さい！！</u>				
部位(場所)→		症状→		
⑧当院を何でお知りになりましたか？				
a. 公式ホームページ b. 検索サイト() c. その他()				
d. 知人の紹介		様 e. 医師の紹介		病院先生
				紹介状: 有・無
科				
⑨下記の該当する項目(はい・いいえ)に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。				
	はい	いいえ		
1. 食べ物や飲み物でじんましんやしっしんができたことがありますか？				
2. 薬や食べ物など、アレルギーはありますか？				
3. 注射や薬で、じんましんが出たり、気分が悪くなったことはありますか？				
4. 麻酔(歯科なども含む)を受けて気分が悪くなったことがありますか？				
5. 麻酔が効かない、効きにくいと言われたことがありますか？				
6. あなたはアルコールを飲みますか？				
7. あなたはタバコを吸いますか？				
8. あなたは現在妊娠中ですか？又は可能性がありますか？(女性のみ)				
9. かかりつけ薬局がありますか？ 1. ある 2. ない(1の方は薬局名をご記入ください)				
薬局名(薬局 店) TEL() -				

④ 興味のある治療があれば、○で囲んでください。医師に直接ご相談ください。

- ほくろを取りたい ●傷跡 ●あざ ●赤ら顔 ●いぼ
- 静脈瘤について ●多汗症 ●わきが ●おでき ●頭皮について ●AGAについて
- しみ・そばかす ●にきび治療 ●レーザー脱毛 ●タトゥーを消したい
- 手術(二重まぶた・しわとり) ●ピアス ●敏感肌化粧品
- 美肌治療(ケミカルピーリング・イオン導入・美白クリーム・BOTOX注射・化粧品など)

(DDまっぷホームページより印刷)