

問 診 票

カルテNo.

〈 受診日 〉 令和 年 月 日

フリガナ			男 ・ 女	体 重	kg
名 前				ご職業	
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日		生まれ (年齢 歳)		
ご住所	〒				
電話番号	ご自宅		携帯電話		

※ 発熱のある方は受付に声をかけて下さい。

どの場所に症状がありますか？

① 今日の症状について記載ください

図に印を付けてください。

② ①の症状はいつ頃からですか？

③ ①についてなにか治療をされましたか？

④ 今までにかかった病気はありますか？

はい (病名) ・ いいえ

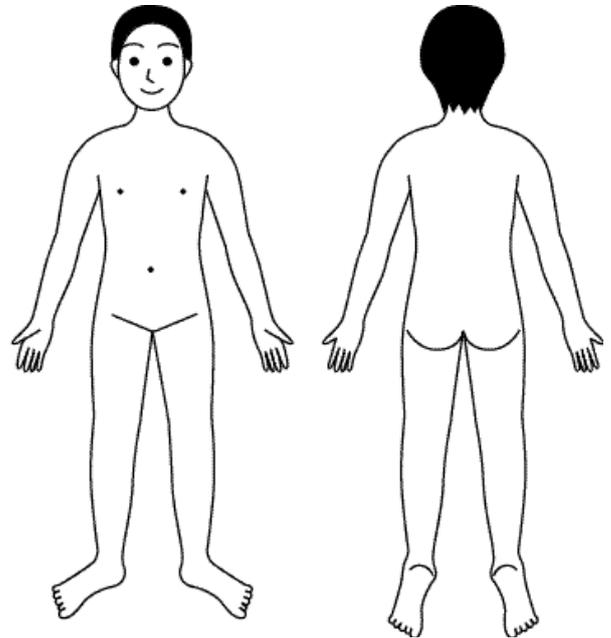
⑤ 現在、治療中の病気はありますか？

はい (病名) ・ いいえ

⑥ 現在、飲んでいる薬はありますか？

はい (薬の名前 :) ・ いいえ

※お薬手帳がある場合は記載不要です。手帳の提示をお願いします



⑦ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

はい (名称 :) ・ いいえ

⑨ 女性の方のみ、現在妊娠・授乳されていますか？

妊娠 はい (カ月) ・ いいえ

授乳 はい ・ いいえ

受付記入欄

採血 真菌 培養 ダーモ 創傷処置 軟膏処置

N 3・4 鶏眼 爪甲除去 イムファスト

⑩ マイナ保険証を提示の方のみお答えください。

診療情報取得に同意しますか？

はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたらお呼びいたしますのでしばらくお待ちください

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。

◆ 医療情報取得加算

・ 初診時：加算①3点 加算②1点 (マイナ保険証利用) ・ 再診時：加算③2点 加算④1点 (マイナ保険証利用)

※ この問診票は個人情報が含まれておりますが、診療目的以外では使用いたしません※