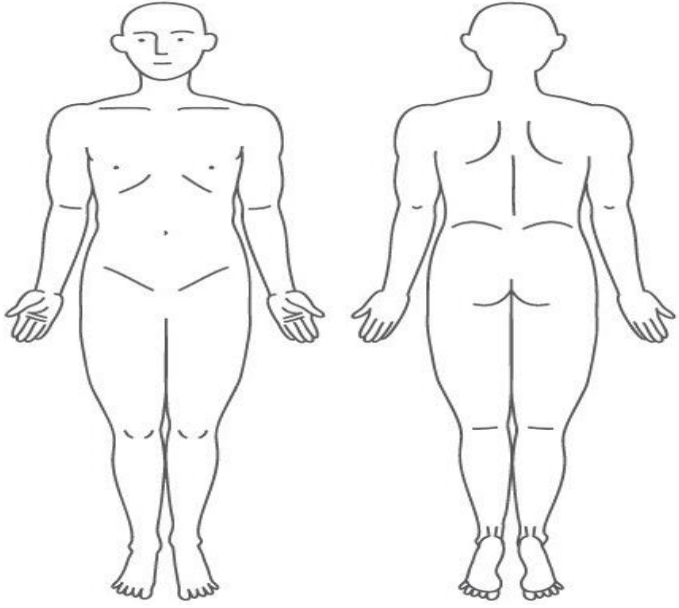


初診問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
お名前		年齢	昭・平・令 年 月 日
住所	〒 - 県・都		
電話番号	自宅 (- -) 携帯電話 (- -)		

※初診時は水いぼ摘除・美容施術はできませんのでご注意ください。

どのような症状ですか？	症状の箇所に○をお付けください。
<input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 赤み <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 皮むけ <input type="checkbox"/> イボ <input type="checkbox"/> ニキビ <input type="checkbox"/> ほくろ <input type="checkbox"/> タコ/魚の目 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 巻き爪 <input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> 水疱 <input type="checkbox"/> 虫さされ <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> 傷/ケガ <input type="checkbox"/> その他 ()	
いつから症状がありますか？	
上記症状で他院に受診はしましたか？	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今までの既往歴/治療中の疾患はありますか？	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※はいとお答えの方↓	
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 胃十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 ()	アレルギーはありますか？
	<input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ
	現在内服しているお薬はありますか
	<input type="checkbox"/> はい (薬品名:) <input type="checkbox"/> いいえ
保険外診療のご相談希望の方へ	女性の方へ
<input type="checkbox"/> シミ <input type="checkbox"/> ピアス <input type="checkbox"/> 美容施術 <input type="checkbox"/> AGA (男性型脱毛) <input type="checkbox"/> その他 ()	妊娠中 <input type="checkbox"/> はい (カ月) <input type="checkbox"/> いいえ 授乳中 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
1年以内に特定検診 (メタボ検診) /高齢者検診の受診ありますか？	
<input type="checkbox"/> はい (受診 年 月/指摘事項) <input type="checkbox"/> いいえ	

当院はマイナ保険証の利用や問診表を通じて、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務めています。

正確な情報を取得活用するため、マイナ保険証の利用についてご理解、ご協力をお願いいたします。