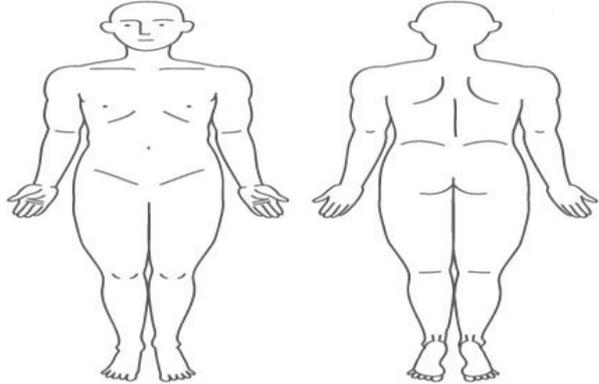


# 再診問診票

フリガナ お名前		記入日	年	月	日
		番号札	番		
症状	<input type="checkbox"/> 前回と同じ症状 <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"/> 水泡 <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？		症状の箇所に○をお付けください。			
					
今までの既往歴/治療中の疾患はありますか？					
<input type="checkbox"/> はい (病名:                      ) <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 (                      ) <input type="checkbox"/> いいえ					
保険外診療のご相談希望の方へ		アレルギーはありますか？			
<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 (                      )		<input type="checkbox"/> はい (                      ) <input type="checkbox"/> いいえ			
女性の方へ		1年以内に特定検診、高齢者検診の受診がありますか？			
妊娠中	<input type="checkbox"/> はい (        か月) <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい (受診    年 月/指摘事等                      )		
授乳中	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<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ついてご理解、ご協力をお願いいたします。