

問診票

名前 _____

職業 _____

郵便番号 _____

住所 _____

電話番号 (_____) _____

・今日はどうされましたか

(_____)

・症状はいつからですか

(_____)

・発疹のある部分に丸や斜線をつけてください →

・自覚症状はありますか

☐ かゆい ☐ 痛い ☐ なし☐ その他 (_____)

・今回の症状に対して治療していますか

☐ していない ☐ している (_____)

・アレルギーの病気はありますか

☐ ない ☐ ある アトピー性皮膚炎・喘息・アレルギー性鼻炎・花粉症

・他の病気はありますか

☐ ない ☐ ある 糖尿病・高血圧症・高脂血症・その他 (_____)

・薬や食物などのアレルギーはありますか

☐ ない ☐ ある (_____)

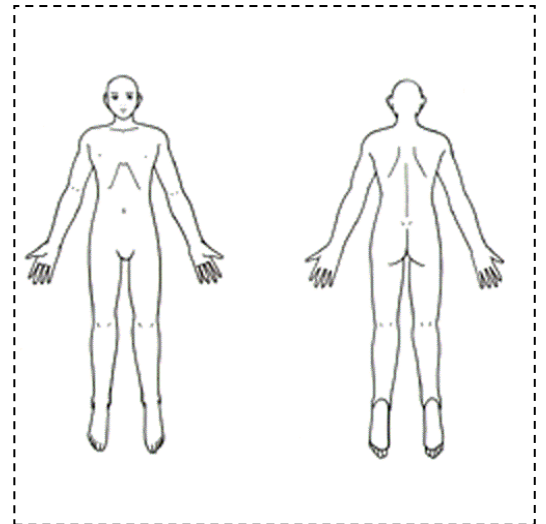
・妊娠していますか（女性の方）

☐ していない ☐ している

・当院を何でお知りになりましたか

☐ ホームページ ☐ 通りかかった ☐ 知り合いに勧められて☐ クリニックからの紹介 (_____) ☐ その他 (_____)

・マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか

☐ はい ☐ いいえ

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。

ご記入ありがとうございました。受付にお渡してください