

問診票

フリガナ		男 ・ 女	生年月日		
氏名			大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		
住所	〒 -	TEL	() - -		
		携帯	- -		

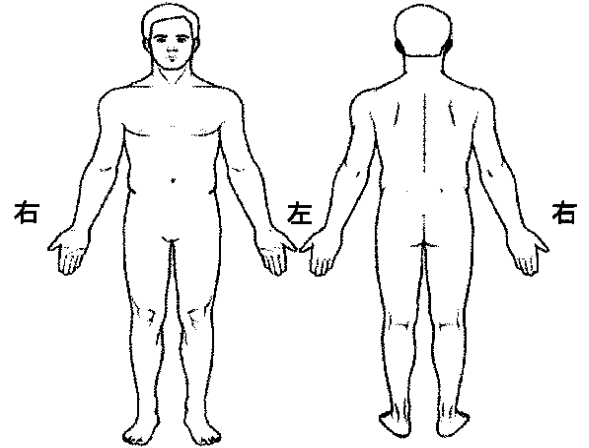
★一般診察用の問診票です。労災・自賠責の場合は受付へ申し出てください

- ・他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい いいえ
- ・マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか？ はい いいえ

現在の症状について教えてください。

あてはまらない、分からない場合は空欄で構いません。

①今日はどうなさいましたか？（右の図にも○をつけてください。）



②その症状はいつからありますか？ ()

③原因は何ですか？（考えられる理由を記入してください）



④今回の症状で他の医療機関で治療を受けたことがありますか
いいえ はい ()

⑤今までに食べ物やお薬でアレルギー症状はでた経験がありますか
いいえ はい []

- ⑥現在治療中の病気はありますか？ なし
- 高血圧 糖尿病 高脂血症 肝臓 腎臓の病気 狭心症、心筋梗塞
- がん（どこが： ） 脳卒中 喘息（小児喘息） 甲状腺系の疾患
- その他 ()

⑦今までに大きな病気や手術をしたことはありますか？

いいえ はい []

⑧現在飲んでいるお薬名と通院されている病院名を記入してください。

お薬手帳をお持ちの方は、この問診票と一緒にスタッフにお渡してください。

なし	お薬	病院名
----	----	-----

⑨当院では保険診療のほかに、最適な治療のための自費診療も行っております。治療方針についてお聞かせください。
 保険診療のみの治療希望 保険・自費診療問わず最適な治療を受けたい

⑩女性の方へ ・現在、妊娠の可能性はありますか？ ない ・ ある ・ わからない ・ 授乳中

⑪「骨粗鬆症検査」に興味はありますか？ ない ・ ある ・ 話を聞いてみたい

⑫「美容医療」に興味はありますか？
ない ・ ある (フォトフェイシャル ピーリング PRP 内服薬 美容用品)

⑬何か伝えたいことがありましたら、ご記入ください。