

問診票

診察券番号

フリガナ

生年月日 年 月 日 歳

名前

男・女

電話番号

- -

住所

(1) これまでにかかった病気はありますか？

(2) 現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい(病名；

)

いいえ はい(病名；

)

(3) 現在内服中の薬(市販薬、サプリメントを含む)はありますか？

(4) 風邪薬や花粉症のお薬等で眠気を起こしやすいですか？

いいえ はい(病名；

)

いいえ はい(薬品名；

)

(5) アレルギー(薬・食べ物)を起こしたことはありますか？

(6) 手術をしたことはありますか？

いいえ はい(食べ物・薬品名；

)

いいえ はい(手術内容；

)

(7) 女性の方へ 現在妊娠中・授乳中ですか？

(8) マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

いいえ はい(妊娠中(妊娠 月)・授乳中) 不明

いいえ はい

・本日はどのような症状で受診されますか？

【皮膚科】

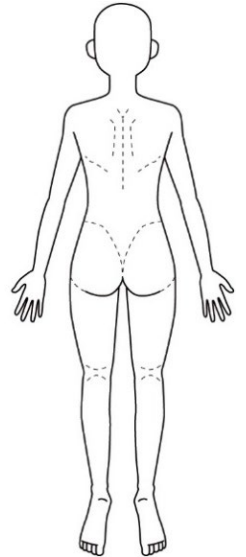
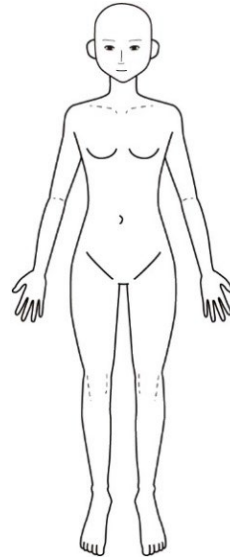
いつ頃から： 前から

部位 症状のある部位に○をつけてください (右図)

症状 かゆみ 痛み 赤み ぶつぶつ しこり しこり イボ

水虫 タコ うおのめ できもの 傷 やけど じんましん

匂い 多汗 脱毛 その他()



【アレルギー科】

いつ頃から： 前から

くしゃみ 鼻水 鼻づまり 目のかゆみ 喉のかゆみ アレルギー検査希望 舌

下免疫療法希望

エピペン処方希望 その他() ※金属アレルギー検査は行ってお

りません

【内科】

いつ頃から： 前から 【現在の体温； °C】

生活習慣病 喘息 発熱 頭痛 咳 痰 喉の痛み 鼻水 悪寒

関節痛 だるさ 胸痛 吐き気 嘔吐 腹痛 下痢 便秘 息苦しい めまい ふらつき

禁煙外来 その他()

【ペインクリニック内科】

いつ頃から： 前から

部位 症状のある部位に○をつけてください (上図)

症状 しびれ 痛み 感覚の鈍さ その他()

どのような経過ですか()

【自費診療】

カウンセリングのみ希望 注射・点滴希望 物品購入 当日施術希望 後日予約希望

お悩み 毛穴 肌荒れ シミ ほくろ イボ しわ 顔の赤み ニキビ・ニキビ跡 薄毛 痛み

診療内容 セレック V CO2 レーザー ルビーレーザー イオン導入 ケミカルピーリング ダーマペン4 美白内服 ハイフ

ドクターズコスメ メディカルダイエット AGA/FAGA ビル/アフタービル スーパーライザー 筋膜リリース

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DX推進体制整備加算(初診時)8点

※医療情報取得加算 保険証利用(初診時)：3点、(再診時)：2点

マイナンバー利用(初診時)：1点、(再診時)：1点