

問 診 表

当院では、診療をより効果的にするために患者様一人一人のカルテを作成しております。
 そのために患者様ご自身の情報が必要になりますので以下の質問にお答えいただきますようお願い致します。

令和 年 月 日

フリガナ		男・女	年齢		歳
氏名		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月 日
住所	〒				
電話番号		携帯電話			
身長	cm	体重	kg		

1. 本日はどうされましたか？
 かゆい・あかくなっている・ぶつぶつができている・じゅくじゅくしている・腫れている・痛い
 できものができている・皮がむけている・その他 ()
 ※症状のある場所を記入して下さい。()
2. いつ頃から症状がありますか？
 () から)
3. 今までに大きな病気をされたことがありますか？
 ない ・ ある (才頃、)
4. 今、治療中の病気はありますか？
 ない ・ ある ()
5. 今、内服または外用している薬はありますか？
 ない ・ ある (薬剤名:)
6. 薬 (飲み薬、注射薬) による副作用はありますか？食物などによるアレルギーはありますか？
 ない ・ ある (飲み薬 ・ 注射 ・ 食物) (名称:)

◆女性の方にお尋ねします◆

7. 現在、妊娠の可能性はありますか？
 いいえ ・ はい (出産予定日 ・ 週)
8. 現在、授乳中ですか？
 いいえ ・ はい

マイナ保険証による診療情報取得に同意をお願いします。

当院では診療情報を取得・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。

このアンケートにご記入いただきました個人情報は、当院において以下の目的のために限り利用させていただきます。

- ①患者様に安全・有効に診療を受けていただくため ②カルテへの記載 ③他医療機関等との連携・情報交換
 同意できない事項がある場合はお知らせ下さい。ご協力ありがとうございました。