

問診表・診察申込書

ふりがな
お名前

令和 年 月 日

性別 ()

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

年齢

住所 〒

TEL:

● 今日診察を受けたい部位に○をつけてください

● どのような症状ですか？

かゆい 痛い しこり その他()

● いつ頃から症状がありますか？

()から

● 上記の症状で何か治療はされましたか？

その内容()

使用した薬()

● お仕事や通勤中に起こった事故やけがですか？

はい いいえ

● 他に病気はありますか？ 内服中の薬はありますか？

糖尿病 高血圧 高脂血症 痛風 前立腺肥大 緑内障

心疾患 悪性腫瘍 ぜんそく その他()

内服中の薬の名前を記載するか、お薬手帳を提出してください()

● アレルギーはありますか？

薬() 食べ物() その他()

● 女性の方へ 妊娠中ですか？

はい 妊娠()週 いいえ(妊娠の可能性 あり なし)

● 女性の方へ 授乳中ですか？ はい いいえ

● 当院をどちらでお知りになりましたか？

知人の紹介 家族の紹介 ホームページを見て

チラシを見て 近所に住んでいて医院があるのを知っていた

通りがかり 医師を以前から知っていた その他()

● ジェネリック医薬品をご希望ですか？

はい(ジェネリック希望) いいえ(先発品希望) どちらでも良い

● 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

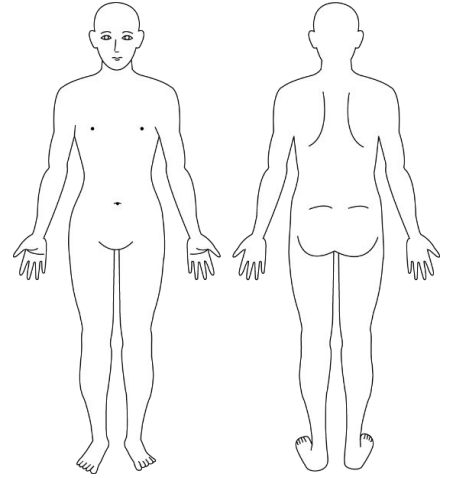
※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1:4点 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)

● 診察に際し、そのほかご希望がありましたらお書きください

()



いいだ皮膚科

北浦和駅・東口 / 皮膚科・小児皮膚科