				問	診	票		記之	LΒ	左	Ę	月 日
ふりがな						15歳以下の方は体重をご記入ください(kg)					kg)	
お名前				(男	•女)	生年月	В					
						大•昭•	平•令	年	月	В	(満	歳)
ご住所	〒 -											
電話番号	()	-			(携帯	電話:		_		-)
ご職業												
※保険診療 ※診察部係	診内容を記え 寮と保険外診 立が複数に渡 めて問診票の	療は同 そる場合	じ日にに は、本E	は行えた]すべて	この部位	立を診察	できない	ハ場合な	があり	ます	_	
保険診療	: 口できも 口ほくろ 口けが 口やけと		□痛み □いぼ ※けが・	ロケ	ァロイト	<u> </u>	・血・ 加き巻 間		まぶた	のた		
保険外診療	ロその他 療: ロシミ ロプラセ	ロシ	_]キズ買]ニン=	亦修正 ニク注身		月'トゥー[除去		・午		時頃 」) 症(AGA)
●その症状	状態はいこ		っですか <i>'</i>)日前]()	週間前	 ()カ.	月前		()年前
魯上記の症 □ない		る	残関を受 た方:紹						·		紹介:	状あり
認診察を希	望される部位	さに○を	つけてく	ください	, ۱ _°							
7		左	左	1	右		右	(2)	左

< 2枚目もご記入ください >

思 現 在 あ る い は 過 去	にかかった病気はる	ありますかり	? □ない	口ある(下	記に記入してく	ださい)
□脳梗塞(歳) □不整脈(歳) □糖尿病(歳) □がん(部位:	口高血圧(歳) 歳) 歳)	□心筋梗塞 □肝臓病(□喘息(環)		□狭心症(□腎臓病(歳) 歳)
口その他の、病気や	やケガや手術など	※病名・	手術名・その	時の年齢を記	入して下さい	
●心臓ペースメーカ	ー・植込み型除細動	勧器を使用し	ンていますか	.S □()()	え 口はい	
②常用しているお薬	はありますか?	※おくす り	□ない)手帳をお持	□ある ちの方は受付	へ提出をお願い	します。
おくすり手帳をおきがある方は、ご記入る(薬剤		こはおくすり	の手帳に記入	されているも	の以外で内服し	ている薬
②アレルギーはあり	ますか?		口ない	口ある(下	記に記入してく	ださい)
□薬[薬剤名	症状		□麻酔剤(乳□食べ物(乳□ゴム製品□アルコー、□その他(食品名	症状 症状)
₿女性の方にお伺い	します。現在妊娠□	中、授乳中、	または妊娠	の可能性があ	りますか? 口ない	□ある
あるとお答えの方はる	ご記入ください。	□妊娠中	(週)	口授乳中	口妊娠の可能は	性がある

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ます。

◆医療情報取得加算◆ 初診時:1点 再診時(3月に1回):1点

これらの情報は「個人情報保護法」に基づき管理させていただきます。ご協力ありがとうございました。