

【問診票】

令和 年 月 日

ふりがな

明・大・昭・平・令

名前

(男・女) 生年月日

年

月

日

年齢

才

〒

—

(郵便番号の記入をお願いします)

住所

電話

身長

cm

体重

kg

携帯電話

★どのような症状ですか？

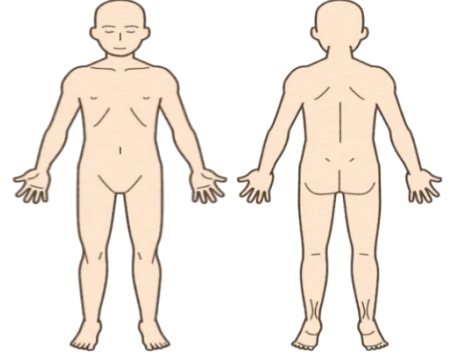
★診察してもらいたいところに○をつけて下さい。

★その症状はいつ頃からですか？

★その症状で今までに診察、治療を受けましたか？

なし・あり 病院名：

治療内容（薬品名など）：



◇現在治療中の病気がありますか？

はい・いいえ

病名：

病院名：

治療内容（薬品名など）：

◇これまでにおおきな病気にかかったことがありますか？

(入院や手術を要する病気など)

はい・いいえ

時期：

病名：

病院名：

治療内容（薬品名など）：

◇これまでに薬や注射で何か異常が出たことがありますか？

はい（薬品名：

）・いいえ

◇今までに次のような病気にかかったことがありますか？

ぜんそく・アトピー性皮膚炎・糖尿病・B型肝炎・C型肝炎

その他（

）・特になし

◇タバコは吸いますか？

はい（1日 本）・いいえ

◇現在妊娠中、授乳中 または その可能性がありますか？

はい（妊娠 週目・授乳中）・いいえ・不明

★当院をどのようにしてお知りになりましたか？次の項目から当てはまるものに○印をつけて下さい

1. 津田沼駅改札の看板

2. 通りがかり

3. 他院からの紹介

4. 家族や知人からの紹介

5. 電子掲示板（ロハル入口）

6. 当院ホームページを検索

7. グーグルマップ検索

8. 病院紹介サイト

9. その他（

）

★最後に、次のようなお肌に関する悩みに対する治療希望がありましたら○印をつけて下さい

シミ、しわ、たるみ、くすみ、ニキビ、まぶたが重い、薄毛、脱毛、その他（

）

☆本日は、どちらの保険証をご利用になりますか？

健康保険証・マイナ保険証

☆マイナ保険証による診療情報の取得に同意されますか？

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

☆他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

はい・いいえ

ありがとうございました。治療の内容により診察順がずれる事がありますのでご了承下さい。



みんなの皮ふ科・形成外科 津田沼

MINANO HIFU KEISAI
— TEIKANEN —