

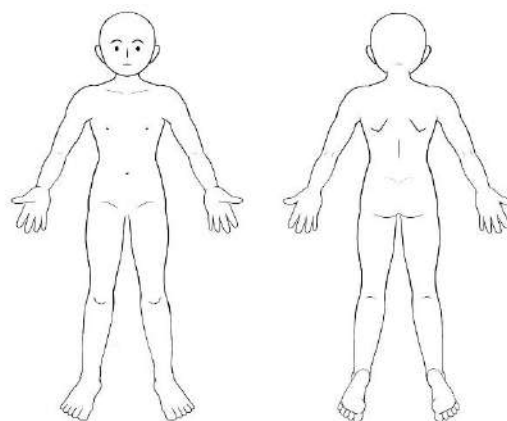
# 問 診 票

ふりがな お名前	男 女	自宅電話	—	—
		携帯電話	—	—
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日 ( ) 歳
ご住所	〒 —			

1. どうしましたか？ かゆい 痛い 赤い 水ぶくれ カサカサ いぼ  
 その他 ( )  
 やけど (労災ですか？ はい・いいえ)

2. 症状のあるところに○をしてください

3. いつ頃からですか？



4. これについて当院に来る前に他の医療機関にかかりましたか？  
 いいえ はい (何といわれましたか？ )

5. 今治療している病気や飲んでいる薬がありますか？  
 いいえ はい (病名 )  
 (薬の名前 )

6. 今までに薬や注射で副作用がありましたか？  
 いいえ はい (薬の名前 )

7. (女性の方へ) 現在妊娠中ですか？ いいえ はい ( 週)

8. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ (複数回答可)  
 ①知り合い、ご家族からの紹介 ②ホームページ ③検索サイト ④JR 駅看板  
 ⑤都営浅草線駅看板 ⑥電柱看板 ⑦他の医療機関からの紹介  
 ⑧その他 ( )

9. マイナ保険証 (マイナンバーカードの健康保険証利用) をお持ちの方へ。

当院ではマイナ保険証による診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。マイナ保険証による診療情報取得に同意していただけますでしょうか。

同意する 同意しない