

【皮膚科問診票】

令和 年 月 日

フリガナ		性別	男性・女性
氏名		生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (満 歳)
住所	〒	電話番号	()
		緊急連絡先	関係 ()
体温 : 昨日 = °C 本日 = °C		体重 : kg(18歳未満の方)	

(1)いつからどんな症状がありますか？

今日 日前 週間前 か月前 年前

症状:

(2) 女性の方へ : (妊娠中 ・ 妊娠の可能性 ・ 授乳中 ・ なし)

(3) 今治療中の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

()

(4) 今までに手術をした事がありますか？ (はい ・ いいえ)

()

(5) 現在飲んでいるお薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

()

(6) アレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

薬 () 食べ物 () 花粉 ()

(7) 当院を知られたきっかけをお聞かせください。(複数回答可)

- | | | |
|----------------------|-----------------------|--|
| 1. 五反野駅の看板を見た | 7. バス内のアナウンスを聞いた | |
| 2. 町中の看板を見た | 8. 紹介された(紹介者:) | |
| 3. 電柱看板を見た | 9. ネット上のポップアップ、バナーを見た | |
| 4. チラシ、パンフレット、回覧板を見た | | |
| 5. Googleで検索した | 10. フリーコールに問い合わせた | |
| 6. Yahooで検索した | 11. その他 () | |

(8) マイナ保険利用に関して

マイナ保険証による 特定健診情報・薬剤情報 の取得に同意する はい いいえ
 この1年間で特定健診、高齢者健診を受診しましたか？ はい いいえ
 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい いいえ
 現在、他の医療機関に通院されていますか？ はい いいえ
 【はい】の方 病院名 () 治療病名 ()

(9) 応援口コミに関して

今後、より良いクリニックにしていくためにも皆様の温かいお言葉を頂けたら幸いです。
 応援口コミにご協力頂けますか？

はい いいえ