

問診票

Date

No.

フリガナ			
お名前			
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日 (歳)
ご住所	〒-----		
ご連絡先	ご自宅		
	携帯電話		
ご職業			
ご紹介者様がいらっしゃる場合はお名前を教えてください			様

◆マイナ受付しましたか？ はい いいえ

◆どのような症状でお見えになりましたか？ ※お顔のご相談の場合、お化粧を落としていただくことがあります。

*いつから・・・----- *どこに・・・----- (右/左)

*どのような症状ですか・・・-----

*思い当たる原因はありますか・・・-----

◆<女性の方> 今現在の妊娠・授乳の有無についてお答えください。

妊娠中(_____ヶ月) / 授乳中 / 妊娠を希望している / 妊娠していない

◆今までに治療を受けたり、診断されたことのある疾患は下記にありますか？

・高血圧 ・糖尿病 ・心臓疾患 ・アレルギー性鼻炎(花粉症) ・気管支ぜん息 ・腎臓病
 ・リウマチ性疾患 ・緑内障 ・前立腺肥大 ・肝疾患 ・アトピー性皮膚炎
 ・胃・十二指腸潰瘍 ・その他(_____)

お手数ですがプリントアウト後に、今現在治療中の疾患には◎(二重丸)印を、
 診断のみ・すでに完治した等で現在治療中でない疾患には○(丸)印をご記入ください。

◆現在、内服中のお薬はありますか？

なし / あり ...-----

◆アレルギーはありますか？

なし / あり ... *食べ物----- *お薬-----

*その他-----

☆ご記入ありがとうございます☆

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