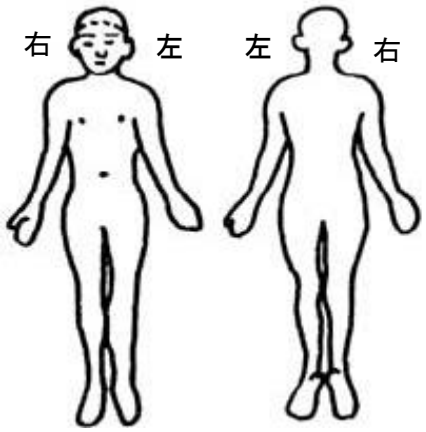
外　科　問　診　票

（ふりがな）　　性別：男　・　女

お　名　前　　年齢（　　）歳

※　以下の該当する項目に☑を入れて下さい　　年　　月　　日



，紹介状はお持ちですか　　□　はい　（当院　・他院）
　　□　いいえ

，診て欲しいところはどこですか
右の絵にしるしをつけてください　→

，どうされましたか
□　しこり　　□　できもの　　□　痛み　　□　傷
□　その他　（　　）

，その症状はいつからですか
　　月　　日　頃から

，考えられる原因はありますか
□　ない
□　ある　（　　）

，塗り薬・飲み薬・注射　などで何か症状が出たことがありますか
□　ない
□　ある　・どんな薬（注射）（　　）
　　・どんな症状　（　　）

，今までにかかったことのある病気がありますか
□　ない
□　ある →　□糖尿病　□ぜんそく　□心臓病　□高血圧　□肝臓病　□腎臓病
　　□その他　（　　）

，下記の薬をのんでいますか
□　ない
□　ある →　□　心臓の薬　　□　血をかたまりにくくする薬

，今までに受けた手術がありますか
□　ない
□　ある　（　　）

※　1ヶ月以内に　海外へ行かれましたか？　　□　はい　　□　いいえ
※　小学生以下の方のみご記入ください
・体重（　　）ｋｇ
・最近受けた予防接種　□　ない　□　ある　種類　（　　）
　　時期　（　　年　　月　　日）
※　女性の方のみご記入ください
・現在妊娠中ですか　□　はい　□　いいえ
・現在授乳中ですか　□　はい　□　いいえ

→裏面へ続く

薬・注射による副作用　　無・有　　薬品名（　　）
アレルギー　　無・有　　花粉・植物・金属・その他（　　）
介護保険の申請　□なし　□あり　　要支援（　１・２　）　要介護（　１・２・３・４・５　）
本日マイナ保険証を利用されましたか　　はい　・　いいえ はいの方　→　「診療情報取得」　に同意されましたか　　はい　・　いいえ
現在、他の医療機関に通院されていますか　　□通院なし □通院中（医療機関　　受診日　　治療内容
内服中の薬はありますか □いいえ　□はい（PL病院・他院）　お薬手帳持参　無・有 （薬剤名、投薬期間等　　） ＊マイナ保険証による情報取得に同意された場合、直近１ヶ月以内の処方薬を除き省略可能
この1年間で健診（特定健診・高齢者健診に限る）を受けられましたか　（40才以上の方のみ） □いいえ　　□はい　　＊マイナ保険証による情報取得に同意された場合省略可能

2024.12

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・活用することで、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
初診時には医療情報取得加算（１点）がかかります。