

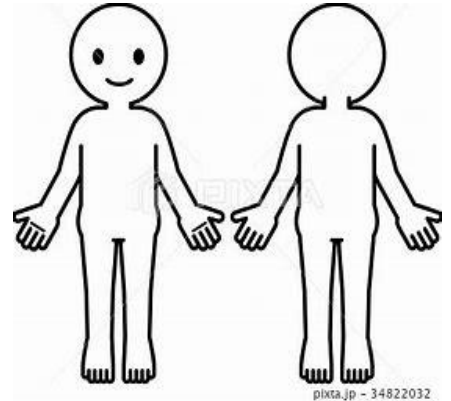
問診票

令和 年 月 日

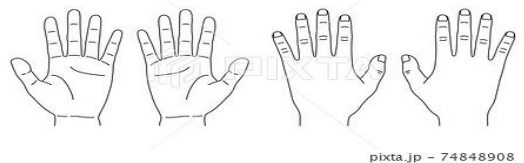
おかだ皮膚科クリニック

	姓	名	
氏名 (かな)			
氏名 (漢字)			
生年月日	大正・昭和・平成・令和 (西暦)	年 月 日生 (歳 ヶ月)	妊娠の有無 (有・無)
性別	男・女	体重: Kg (子供の場合)	週目
住所	〒 ー 都道府県 市・区		
携帯電話番号 (本人に連絡のつく固定電話番号等)			

1. いつから症状が出ましたか。(例: 3分前・1ヶ月前・30年前など)
2. 症状は体のどこにでていますか。(例: 頭皮右側、左指先、両足指の間など)
3. どのような症状ですか。(例: 痛い、痒い、皮膚が盛り上る、水ぶくれなど)
4. 過去に同じ症状が出たことや診療を受けたことがありますか。(はい・いいえ)
5. 過去に大きな病気したり、手術を受けたことがありますか。(はい・いいえ)
(はい)の場合どのような病気でしたか?



6. 現在治療・療養中のご病気はありますか。(はい・いいえ)
(はい)の場合どのような病気ですか?
7. 現在服用中のお薬をお書きください。(書ききれない場合は「お薬手帳」の提示でも結構です。)



8. 薬剤・サプリメント・食品・花粉・昆虫・ゴム・金属等でアレルギー・副作用が出たことがありますか。
(はい)の場合どのような症状ですか? (はい・いいえ)
9. 家族の方に同じ病気・症状の方はいますか。(はい・いいえ)

10. マイナンバーカードの健康保険利用で

- ①診療情報: 過去の手術情報の提供 ②診療/薬剤情報: 過去の診療(手術以外)・薬剤の情報提供
③特定健診情報(40歳以上対象): 過去の健診情報の提供 ④限度額適用認定証としての機能

※①~④で同意できないものがありましたら、受付にお申し出下さい。

特にお申し出がない限り同意済みとしてお手続き致します。

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おります。

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。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1→6点、加算2→2点(マイナ保険証を利用した場合)

(再診時)加算3→2点(マイナ保険証を利用しない場合)