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。