

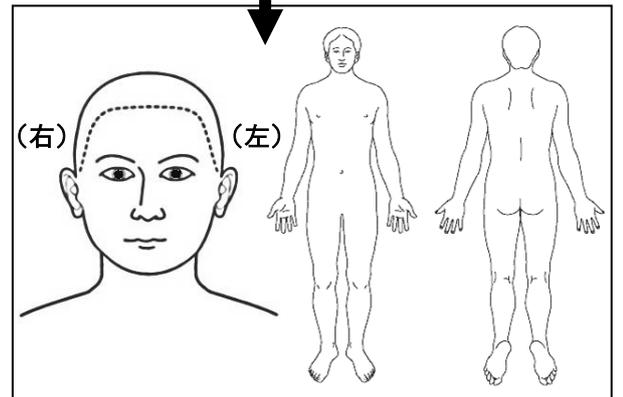
## 問診票

※記入後は受付までお持ちください。

フリガナ		ご職業	
氏名			
生年月日	T・S・H・R	年	月 日 ( 歳)
〒	住所		
連絡先	携帯電話( )	自宅( )	
40歳～74歳の方 特定健診の受診歴はありますか？ なし・あり ⇒令和 年		中学生以下の方は体重を ご記入ください kg	

① どのような症状でお困りですか？ ※症状がある部分に印をつけてください

- 1)けが 2)やけど  
3)かゆい 4)痛い 5)腫れている 6)じゅくじゅく  
7)水ほう 8)皮がむける 9)発疹 10)毛が抜ける 11)シミ  
12)ほくろ 13)ニキビ 14)いぼ 15)できもの 16)巻き爪  
17)あざ 18)傷跡・ケロイド 19)その他 [ ]



② 1)～19)について、いつ頃からか記入してください

[ ]

③ 今回の症状に対して治療を受けたことがありますか？

ない・ある⇒治療に使った薬 [ ] 改善⇒ あり・なし

④ 今までに下記の病気をされたことはありますか？(○をつけてください。また、それは何歳の頃ですか？)

- ・糖尿病 ・高血圧 ・高脂血症 ・緑内障 ・心臓疾患 ・喘息 ・胃腸病 ・腎臓疾患  
・甲状腺疾患 ・脳血管疾患 ・肝炎(B型肝炎・C型肝炎) ・その他 [ ]

⑤ 現在治療中の病気はありますか？ ない・ある ⇒病名 [ ]

⑥ 現在飲んでいる薬はありますか？ ない・ある ⇒ [ ]

※お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡してください。また、マイナンバーカードを健康保険証として利用し、  
薬剤情報提供に同意していただくと、医師があなたのお薬情報を閲覧できます。

⑦ 局所麻酔(歯科治療の麻酔、傷を縫う時の部分麻酔等)を受けたことがありますか？

ない・ある ⇒副作用(気分が悪くなったりショックを起こしたこと)はありましたか？ ⇒ ない・ある

⑧ 今までに薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？

ない・ある ⇒薬の名前 [ ] 食べ物 [ ]  
アレルギーや過敏症があればお書きください。 花粉症 ・ 鼻炎 ・ その他 [ ]

⑨ 女性の方のみお答えください

妊娠中、また妊娠の可能性はありますか？(現在妊娠 [ ]か月・可能性あり・可能性なし)

授乳中ですか？ (はい・いいえ)

※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提供に努めています。