

問診票 <形成外科>

受診日: 年 月 日

氏名:

性別: 男・女

生年月日: 大正・昭和・平成 年 月 日

年齢:

※当院で定期的に処方を受けていますか。

いいえ

はい

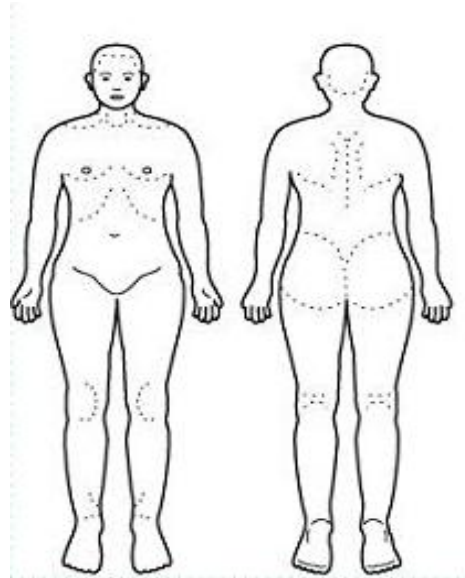
1) 現在の症状についてお答えください。

▪どのような症状ですか。

[]

▪その症状のある部位はどこですか。

右図に○を付けてください。



2) その症状はいつ頃からですか。

年 月 日

3) その症状に対し何か治療をしていますか。

している

(いつから

(内容

していない

4) 今までに病気・手術をしたことはありますか。

なし

あり

(病名

手術(

) その他(

5) 現在飲んでいる薬はありますか。※お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。

なし

あり(

6) 現在血液をサラサラにするお薬を飲まれていますか。

いいえ

はい(

7) アレルギーはありますか。ある方はわかる範囲でご記入ください。

なし

あり

(薬:

(食べ物:

) (局所麻酔:

) (その他:

8) 女性の方にお聞きします。

▪現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか。

なし

あり 妊娠()週

▪現在、授乳中ですか。

いいえ

はい

9) マイナ保険証の利用についてお聞きします。

▪マイナンバーカードはお持ちですか。

持っている 持っていない

▪マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。

はい

いいえ

取得する保険情報

・保険証情報

・住所情報

・過去の健診情報

・過去のお薬情報

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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

新越谷病院 R7.9.16 作成