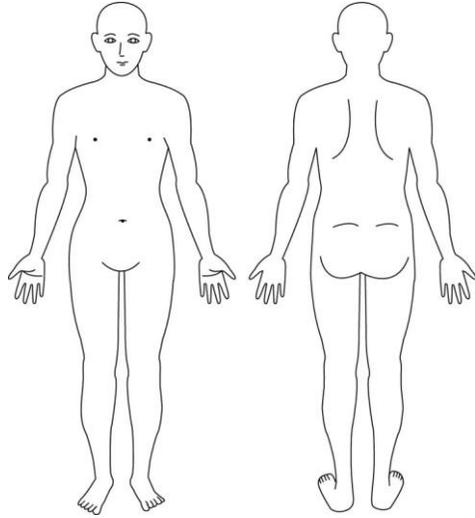


# 問 診 票

令和 年 月 日

本人	フリガナ		男・女	大正・昭和・平成・令和
	氏名			年 月 日 ( 生 歳 )
	住所	〒		
	自宅	tel	携帯	tel

1. 本日の具合が悪いところに  
○印をしてください。(複数でも可)



2. どのような症状ですか？

- 痛み                       しびれ                       つっぱる  
 動かしにくい               腫れ                           その他 (                      )

3. その症状はいつ頃からですか？

- 本日     2・3日前     一週間前     数週間前  
 その他 (                      )

4. 現在治療されているご病気はありますか？

- いいえ     はい (病名:                      )

5. 現在使用しているお薬はありますか？

- いいえ     はい (薬剤名:                      )

※ お薬手帳をお持ちでしたら受付へお出しください。

6. お薬や食事に対するアレルギーはありますか？

- いいえ     はい (アレルギー:                      )

7. 医療費明細の希望の有無     なし     あり

8. 女性の方へ 妊娠の有無     なし     あり

※ 問診票にご記入いただいた個人情報は、当院の個人情報の利用目的の範囲内で取り扱わせていただきます。

当クリニックは診療情報を取得・活用により、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致します。

◆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(マイナ保険証利用)

(再診時)加算3:2点