

# 問診票( 形成外科 )

受診日 年 月 日

(ふりがな) お名前	様	年齢	職業
---------------	---	----	----

1. マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？

- 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の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するために、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 4点 (マイナ保険証を利用しない場合)  
●医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)

2. 他の医療機関からの紹介状はありますか？ いいえ はい

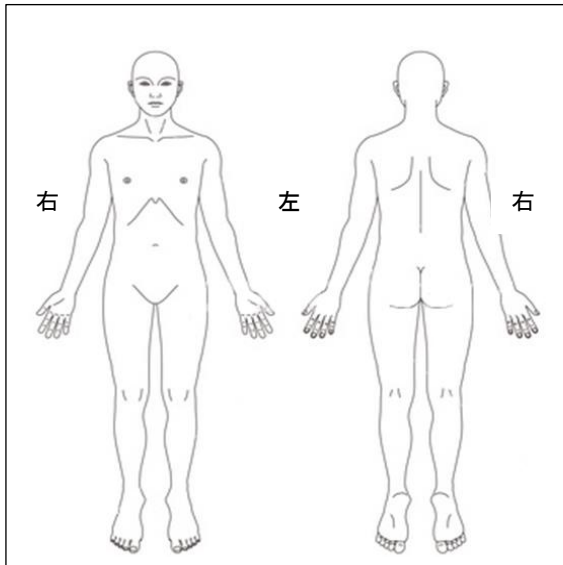
3. 本日はどのようなことで受診されましたか？

症状がある部位に○を付けて下さい

ケガ・やけど・できもの・変形

その他( )

それはいつからですか。 年 月 日(頃)から



今まで局所麻酔(歯科治療を含む)を受けたことがありますか。

- いいえ はい

ある方はその麻酔で具合が悪くなったことはありますか

- いいえ はい

4. 現在、他の病院に通院されていますか？ いいえ はい

また、処方されている薬はありますか？ いいえ はい \*お薬手帳 持参あり 持参なし

※お薬手帳を提示していただければ薬の記載は不要です

(病名 ) (病院名 ) (薬名) 1日 回 日分)

(病名 ) (病院名 ) (薬名) 1日 回 日分)

5. これまでに手術をしたり、大きな病気にかかったことはありますか？ いいえ はい

(年齢 : 病名 : )

6. この1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受診しましたか？

いいえ はい (いつ: 指摘事項: )

7. 薬や食べ物、金属でアレルギーはありますか？

薬 : いいえ はい ( ) 金属 : いいえ はい ( )

食べ物 : いいえ はい ( )

8. 女性の方へ 現在妊娠中ですか？ していない している 可能性がある

授乳中ですか？ いいえ はい

9. 喫煙・飲酒についてお答えください

喫煙 吸わない 吸う( 本/日、喫煙歴 年) 以前吸っていた( 本/日、喫煙歴 年)

アルコール 飲まない 飲む(何を どれくらい )

10. 最近の身長・体重を教えてください

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg