

問診票【裏面も必ずお読みください】

フリガナ				性別	男 ・ 女	
氏名						
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	年齢	才
	都 道	市 区				
	府 県	町 村				
	郵便番号	—	電話番号	自宅 ()	—	
				携帯 ()	—	
他院からの紹介状はお持ちですか？ ☐ はい ☐ いいえ						

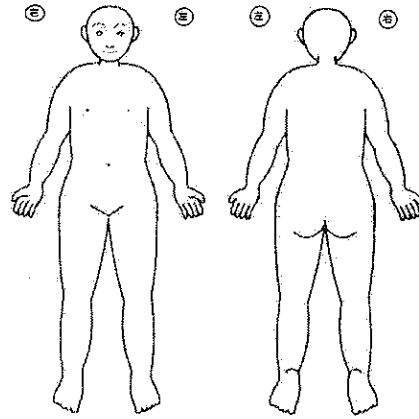
※以下の該当する項目にチェックをいれてください

- 1、本日診てほしい部位はどこですか
右の図に○をつけてください

- 2、どのような症状ですか？

該当する□ないしは◇にチェックをいれてください

- ☐ かゆみ ☐ 痛み、腫れ ☐ にきび
☐ やけど ☐ 発疹 ☐ 何かできている
☐ 虫に刺された ☐ ほくろ、いぼ ☐ 汗の悩み
☐ 円形脱毛 ☐ 赤ら顔(しゅさ)
☐ 小さい頃からのあざ ☐ ピアス
☐ その他 ()



◇にチェックのあるご相談は原則自由診療のご相談となり、予約制で別途カウンセリング料がかかる場合がございます。(予約枠が空いてる場合は当日のご案内も可能です)

- ◇ しみ・そばかす・肝斑 ◇ 毛穴 ◇ ニキビ痕(赤み・クレーター)
 ◇ しわ・たるみ ◇ 抜け毛・薄毛・発毛 ◇ ムダ毛・医療脱毛

以下、□にチェックを入れた方へ、それぞれ11までご記入をお願いします。

- 3、その症状はいつからですか

☐ 年 月 日 頃から

- 4、考えられる原因はありますか

☐ ない ☐ ある()

- 5、上記の症状で現在他の医療機関に通院していますか また過去に治療をうけていますか

☐ いいえ ☐ ある()

- 6、現在治療中、もしくは過去に大きな病気をされたことはございますか？

☐ ない ☐ ある—[疾患名:]

- 7、現在使用している薬はありますか

☐ ない ☐ ある (薬の名前)

- 8、薬、注射、食べ物によるアレルギーはありますか

☐ ない ☐ ある (薬、注射、食べ物の名前)

- 9、※女性の方のみお答えください

- ・現在妊娠中ですか ☐ はい ☐ いいえ ☐ 可能性あり
 ・授乳中ですか ☐ はい ☐ いいえ ☐ 可能性あり

- 10、クリニックをどのようにお知りになりましたか

- ☐ 看板/通りがかり/電車から見えた ☐ 家族/知人の紹介
☐ インターネット(Google検索・Googleマップ・yahoo検索) ☐ ドクターズファイル
☐ ホームページ(クリニック・ブログ) ☐ SNS(Instagram) ☐ その他()

- 11、当院では自費診療を行っておりますが(保険対象外)ご興味はありますか

該当するものに○をつけてください 複数回答可

いぼ・ほくろ、しみ、そばかす、肝斑、ニキビ、ニキビ痕、毛穴、しわ・たるみ、赤ら顔、ムダ毛・医療脱毛、抜け毛・薄毛・発毛治療

※これらの自費診療について説明と費用を聞いてみたい ☐ はい ☐ いいえ

裏面【マイナ保険証による診療情報取得加算について】をご確認ください。

【マイナ保険証による診療情報取得加算について】

○当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関(医療機関(医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関)であること。

○マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的に利用いただきたいこと。

【医療情報取得加算】

○初診

- ・加算1:3点 (保険証にて資格確認を行った場合／マイナ保険証にて同意しない場合)
- ・加算2:1点 (保険証にて資格確認を行った場合／マイナ保険証にて同意した場合)

○再診

- ・加算3:2点(保険証にて資格確認を行った場合／マイナ保険証にて同意しない場合)
- ・加算4:1点(保険証にて資格確認を行った場合／マイナ保険証にて同意しない場合)

ご記入ありがとうございました。ご記入後、スタッフにお渡し下さい。