

保険

※当院は形成外科専門医です。アレルギー検査・アトピー性皮膚炎治療・イボに対する液体窒素療法は行っておりません。

仕事場でのやけど・けがの場合は必ず受付にお申し出ください。 **問診票** 記入日 令和____年____月____日

フリガナ _____

氏名 _____ 性別 男・女 裏面に記載した内容と同じ

生年月日 大正・昭和・平成・令和 ____年____月____日 (____歳)

住所 〒 _____

連絡先 自宅 _____ 携帯番号 _____

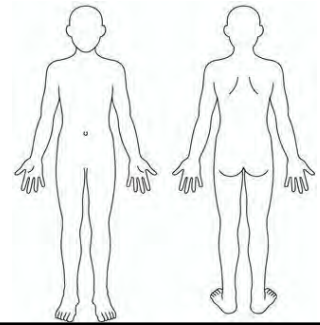
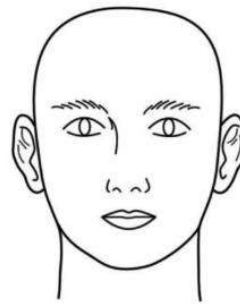
メールアドレス _____

受診された主な目的は？

※治療希望部位に○をつけてください

<保険診療>

できもの・いぼ・ほくろ(黒子)・あざ
けが・やけど・キズ痕
爪のトラブル・まぶたのたるみ(眼瞼下垂)
わきが・わき汗・ニキビ
その他(_____)



1. いつ頃から気になりますか？ ____日前 / ____ヶ月前 / ____年前 / 生まれつき / 不明

2. 今までにその症状で何か治療したことがありますか？ なし・あり

ありの場合→(どこで _____ 治療内容 _____)

3. 治療中の病気がありますか？ 裏面に記載した・なし・あり

ありの場合→(具体的に _____)

4. 現在飲んでいるお薬(低用量ピルや市販薬も含む)はありますか？ 裏面に記載した・なし・あり

※マイナ保険証による情報取得に同意した患者さんについては直近1カ月以内の処方薬を除き、記載は不要です。

あり→(薬剤名 _____)

5. アレルギーはありますか？ 裏面に記載した・いいえ・はい (内容 _____)

6. 現在妊娠している可能性はありますか？もしくは授乳中ですか いいえ・はい→(妊娠・子どもの月齢 ____ヶ月)

7. この1年間で検診(「特定検診」および「高齢者検診」に限る)を受診しましたか？ いいえ・はい

※マイナ保険証による情報取得に同意した患者さんについては、記載は不要です。

「はい」の方→(受診時期: _____)(指摘事項: _____)

8. その他、治療に関してご希望や相談したい事がありましたら、ご記入下さい。

(_____)

9. 当クリニックを受診されたきっかけを教えてください

(ホームページ・Instagram・看板・近隣・ご紹介(紹介者名 _____))

当院は診療情報を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活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1:6点(再診時)加算3:2点(通常の保険証)●(初診時)加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)

フリガナ _____

氏名 _____ 性別 男・女 裏面に記載した内容と同じ

生年月日 大正・昭和・平成・令和 ____年____月____日 (____歳)

住所 〒 _____

連絡先 自宅 _____ 携帯番号 _____

メールアドレス _____

10. 受診された主な目的は？

<保険外診療>

しみ・そばかす・かんぱん(肝斑)・くすみ	ピアス穴あけ・二重手術・薄毛・美容注射
しわ・たるみ(ボトックス・ヒアルロン酸・スレッドリフト)	目もとの治療(スネコス注射・ヒアルロン酸・脱脂)
脱毛(部位 _____)	お肌のメンテナンス(毛穴・お肌のハリ・美白)
ニキビ・ニキビ跡・化粧品・美容内服薬	その他(_____)

11. いつ頃から気になりますか？ ____日前 / ____ヶ月前 / ____年前 / 生まれつき / 不明
12. 美容施術を受けたことがありますか？ なし・あり
あり→(どこで _____ 治療内容 _____)
13. 治療中の病気がありますか？ 裏面に記載した・なし・あり
あり→(具体的に _____)
14. 現在飲んでいるお薬(低用量ピルや市販薬も含む)はありますか？ 裏面に記載した・なし・あり
あり→(薬剤名 _____)
15. アレルギーはありますか？ 裏面に記載した・いいえ・はい (内容 _____)
はいの場合→コウジ酸アレルギー・アスピリンアレルギーはありますか？ いいえ・はい →(コウジ酸・アスピリン)
16. 現在妊娠している可能性はありますか？もしくは授乳中ですか？ いいえ・はい →(妊娠・子どもの月齢 ____ヶ月)
17. 美容施術を希望される方へ 顔に金の糸を入れたり、インプラント(歯を除く)を挿入していますか？ いいえ・はい
18. アートメイクをしていますか？ いいえ・はい →(部位: _____)
19. 敏感肌ですか？ いいえ・はい
はいの場合→(過去に美容施術で肌トラブルがあれば記載: _____)
20. 当クリニックを受診されたきっかけを教えてください。
(ホームページ・Instagram・看板・近隣・ご紹介(紹介者名 _____))

【ご希望をお聞かせください】※ご希望される方に✓をいれてください

- 自分の肌に合って、効果があるなら、値段は多少かかってもよい
- 極力価格を抑えて治療したい (→1カ月あたり

円くらい)