

# 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 \_\_\_\_\_

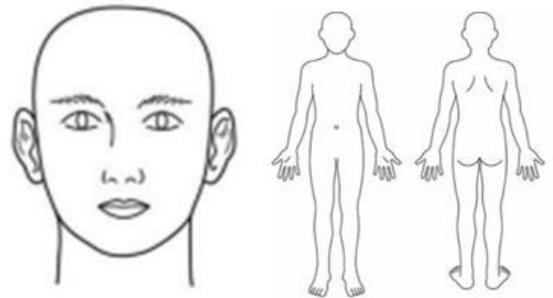
メールアドレス \_\_\_\_\_

### 1. 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( )



2. 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	
3. 今までその症状で何か治療したことがありますか。									いいえ	はい	
はい→ (どこで: ) (治療内容 )											
4. 治療中の病気がありますか。(病名 )									いいえ	はい	裏面に記載した
5. 現在飲んでいるお薬(低用量ピルや市販薬含む)はありますか。(薬剤名: )									いいえ	はい	裏面に記載した
6. アレルギーはありますか。(種類 )									いいえ	はい	裏面に記載した
7. (女性の方へ)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(子どもの月齢: )									いいえ	はい	
8. 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	
(受診時期: ) (指摘事項: )											
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。

