

美容医療 問診

令和 年 月 日

受診者氏名 (かかると)	ふりがな ----- 男・女	ご職業	
生年月日	昭・平・令 年 月 日生	歳	
現住所	(〒 -)		
電話番号	携帯 () -	自宅 () -	
緊急連絡先 (実家等)	氏名	続柄	住所
			電話

※1 マイナ保険証による診療情報の取得に同意されますか？ はい・いいえ

当院は診療情報を取得・活用する事により、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いたします。

※2 現在、治療中の病気や服薬中の薬はありますか？ はい・いいえ

お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

病名： _____ 病院： _____ お薬： _____

※3 今までに入院や手術を要する病気にかかったことはありますか？ はい・いいえ

年齢	病院	病名	治療内容

※4 この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？ はい・いいえ

病院	指摘事項等

※5 アレルギーがでたことはありますか？ はい・いいえ

お薬： _____ 食べ物： _____ 金属： _____

→裏面へ続く

