

セキールレディースクリニック 問診票 (漢方外来)

記入年月日 令和 ____年 ____月 ____日

フリガナ		結婚	未婚 ・ 既婚 / 子供 人
氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日生 (歳) 令和
住所	〒 _____ セキールの名前で郵便物などの送付をしても構いませんか → <input type="checkbox"/> 構わない <input type="checkbox"/> 困る (「困る」を選択された方に郵送物がある場合は医師の個人名にて送付させていただきます。予めご了承ください。)	電話番号	携帯番号 () - セキールの名前で連絡させていただきます。お持ちの方は必ず記入をしてください。 ----- その他連絡先がある方はご記入ください。※任意 自宅 ・ その他() () -
		職業	
		身長・体重	() cm ・ () kg
		血液型	() 型 Rh ()

一番治したい病気または症状を書いてください。

それはいつからありますか。

どのような時症状が悪化しますか(該当する項目を○で囲んでください)。

雨やその前日 寒いとき 風の強い日 クーラーで 暑いとき 春 梅雨期 夏 秋 冬 乾燥したとき
 湿ったとき 早朝 午前 夕方 夜中 風呂に入ると 疲れたとき お酒を飲むと 月経の始まる前
 月経の(初期 ・ 中期 ・ 後期) イライラしたとき
 その他()

その他何か症状があれば書いてください。

以前に漢方薬を飲んだことがありますか。

ない ・ ある 薬の名前()

以前にどのような病気をしたことがありますか。

病名()

時期(昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 歳頃)

→手術をした場合 内容()

セキールレディースクリニック 問診票 (初診時マイナ保険証用)

当てはまるものに☑または記入をして下さい。

記入年月日令和_____年_____月_____日

フリガナ
氏名 : _____

生年月日 : 昭和 ・ 平成 ・ 令和 _____年_____月_____日

1. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。

いいえ ・ はい(加算3点)

2. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。

いいえ(紹介状有…加算3点) ・ はい(加算1点)

3. 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。

いいえ ・ はい ⇒ 受診日_____年_____月

⇒ 指摘事項(_____)

<4と5は女性の方のみお答え下さい>

4. 現在妊娠していますか。

いいえ ・ はい ⇒ 妊娠(_____週) ・ 妊娠の可能性がある

5. 現在授乳中ですか？

いいえ ・ はい

<6~8は漢方外来受診の方のみお答え下さい>

6. 現在、他の医療機関に通院していますか。

いいえ ・ はい ⇒ 病院名(_____)病名(_____)

7. 現在常用している薬はありますか(サプリメント含む)

いいえ ・ はい ⇒ 薬品名(_____)

8. これまでに薬や食品などでアレルギーをおこしたことがありますか。

いいえ ・ はい ⇒ 何で(_____)

⇒ 症状(_____)

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、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。

◆医療情報取得加算(初診時) 加算1…3点 / 加算2…1点