

皮膚科 問診票

ID :

ふりがな		生年月日	大・昭・平・令		年	月	日 (歳)
氏名		性別	男・女	電話番号	携帯	-	-
					自宅	()	-
住所	〒 -						

① マイナ保険証による診療情報取得に同意して頂けますか？ はい ・ いいえ

② 本日はどうなさいましたか？当てはまる症状に○をつけてください。

しっしん かぶれ かゆい 痛い はれている きず 巻き爪 水虫 ヘルペス
 できもの いぼ タコ ウオノメ アトピー にきび 乾燥肌 多汗症 美容
 その他 ()

③ 右のイラストで症状のある場所に○をつけてください。

④ 症状はいつごろからありますか？

() 日 ・ 週間 ・ か月 ・ 年 前から

⑤ 今までにどんな病気にかかったことがありますか？

ない アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 じんましん
 高血圧 糖尿病 脂質異常症 心臓病 肝臓病 腎臓病
 喘息 結核 がん (部位:)
 その他 ()

⑥ 現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか？

ない ・ ある ()

⑦ 過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことがありますか？

ない ・ ある → () 歳ごろ 病名 ()

⑧ ご家族 (血縁のかた) に病気の方がいますか？

ない アトピー性皮膚炎 アトピー性鼻炎 その他 ()

⑨ 現在飲んでいるお薬はありますか？ご記入いただくか、お薬手帳をお持ちであればご提示ください。

ない ・ ある ()

⑩ 食べ物や薬、注射のアレルギーはありますか？

ない ・ ある ()

⑪ 女性の方のみご記入ください。

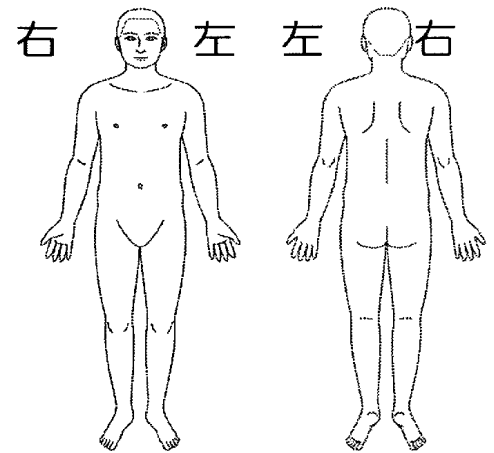
現在 (妊娠 週 ・ 授乳中 ・ 妊娠の可能性ある) ・ 該当なし

⑫ 65歳以上の方は必ずご記入ください。介護認定を受けていますか？

いない ・ いる 要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

⑬ 当院を知ったきっかけを教えてください

ホームページ ・ 看板 ・ 自宅や職場に近い ・ 知人紹介 (紹介者:) ・ その他



●紹介状・CD-R・身体障害者手帳をお持ちの方・外出を希望される方は受付に申し出て下さい。

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をお願いいたします。

◆医療情報取得加算 (初診時) 加算1 3点、加算2 1点 (マイナ保険証を利用した場合 または紹介状持参の場合)