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

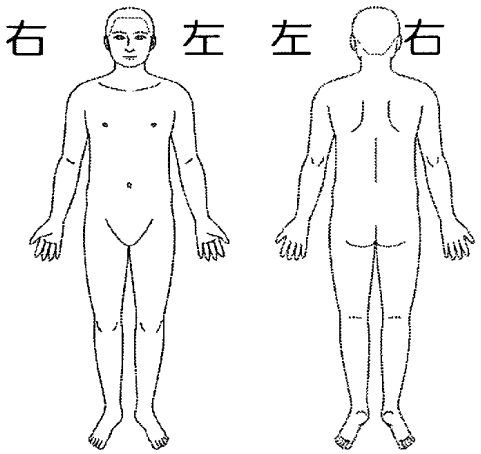
② 本日はどうなさいましたか？当てはまる症状に〇をつけてください。

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〇をつけてください。



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　アレルギー性鼻炎　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・妊娠の可能性がある）　・　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　・　自宅や職場が近い　・　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　１点

孝友クリニック