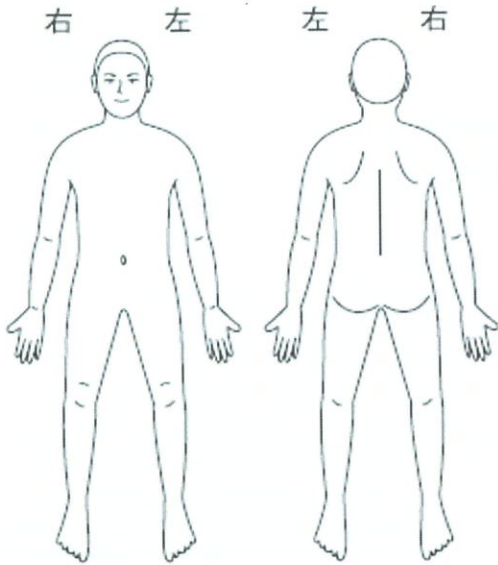


【皮膚科問診票】

フリガナ	性別	生年月日	体重
お名前	男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	お子様は必ずご記入ください kg
住所 〒		自宅 () 携帯 ()	職業

1. 皮膚の症状がある部位と、当てはまる症状に○をつけてください。



《 症状 》

- ・かゆい ・カサカサ ・痛い ・汗
- ・その他 ()
- ・手術希望のできもの (あり ・ なし)

2. いつ頃からですか? ()

3. きっかけはありますか?
(ない・ある) → ()

4. この症状で今まで治療を受けましたか?
または症状に対して薬を使いましたか?
(いいえ・はい) (病院名:)

(他院処方薬または使用薬剤:)

5. 薬や注射・消毒液でアレルギー反応が出たことはありますか? (いいえ・はい)

「はい」の方→薬の名前 ()

アレルギーの症状 : 発熱 湿疹 嘔気 胃腸症状 その他

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:)

治療中または過去にかかった病気はありますか? (いいえ・はい)

「はい」の方→前立腺・緑内障・糖尿病・高血圧症・肝機能・腎機能
心臓病・脳梗塞・その他 ()

7. 現在服用中、または使用している薬はありますか? (いいえ・はい)

★「はい」の方→必ずお薬手帳をご提出ください。

8. 女性の方へ 妊娠中・妊娠の可能性はありますか? または授乳中ですか?

妊娠 (いいえ・はい カ月) 授乳 (いいえ・はい カ月)

9. 車やバイクの運転をしますか? (いいえ・はい)

※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おります。

正確な情報を取得・活用する為マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。該当するものに☑をお願いします。

1. 医療証等または限度額適用認定証をお持ちですか? なし 医療証等あり 限度額適用認定証あり

※ 医療証や限度額適用認定証をお持ちの場合は、受付スタッフへお渡しください。

2. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか? はい いいえ

3. マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得に同意しますか? はい いいえ

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

※当院はオンラインによる診療報酬請求を行っているため、医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定します。