

問 診 票

年 月 日

フリガナ		男	生年	明治・大正			
お名前		・	月日	昭和・平成	年	月	日
		女		令和	(才)	
住 所	〒 -						
携帯番号	- -		電話番号	- -			

※ 携帯電話は緊急時に必要となることがありますので お持ちの方はご記入下さい

ご記入いただいた情報は診療の目的以外には利用いたしません

1. ①今日はどのような症状ですか 《どこ（部位）が・どのように》

②その症状はいつ頃からありますか？

③その症状について、以前に治療を受けられましたか？

(病名・医院名も可能ならご記入下さい)

④原因として思い当たる事がありますか？

ある場合は記入して下さい (薬・食べ物・化粧品・仕事・どこかに出かけた 等)

2. ①現在、内服している薬はありますか？ あり・なし

→「あり」の方へ

● お薬手帳をお持ちですか？ はい・いいえ

②薬の名前 ※マイナ保険証の診療情報取得に同意された方、お薬手帳を提示可能な方は記載不要です

● 飲み薬 ()

● 塗り薬 () 病院名 ()

※裏面もご記入下さい⇒

3. アレルギーはありますか？

● 当てはまるものに○をつけて下さい

・なし

・アトピー・喘息・鼻炎・花粉症・金属・動物・食物

→食物・薬の名前など、どんなものにアレルギーがあるのかご記入ください

()

4. 女性の方にお聞きします

● 現在、妊娠されていますか？または可能性がありますか？

・いいえ

・はい（ ヶ月・予定日 月 日）・可能性あり・授乳中・妊活中

※ マイナ保険証の診療情報取得に同意された場合、以下の記載は省略可能です

5. 現在、皮膚科以外で治療している病気はありますか？

・なし

・喘息 ・アレルギー性鼻炎 ・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・肝臓病

・腎臓病 ・前立腺肥大 ・縁内障 ・その他（ ）

6. この1年間で健康診断を受診しましたか？

・はい

・いいえ

当院では、オンライン資格確認を行う体制を有しております。

正確な診療情報（受診歴、薬剤情報、特定健診情報、その他必要な診療情報）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。 そのためマイナ保険証の利用にご協力を
お願いいたします。

くさかべ皮フ科