**問　診　票**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

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

　　※ 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今回の皮膚病の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.　 現在、内服している薬はありますか？　　　あり　・　なし

※マイナ保険証の診療情報取得に同意された場合、記載は省略可能です

◎お薬手帳をお持ちですか？

いいえ

はい→ご提示いただいた方は記入不要です

薬の名前　飲み薬（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　塗り薬（　　　　　　　　　　　）　病院名（　　　　　　　　　　　）

3.　アレルギーはありますか？

当てはまるものに〇をつけて下さい

なし・アトピー・喘息・鼻炎・花粉症・金属・動物・食物

また、食物・薬の名前など、どんなものにアレルギーがあるのか書いて下さい

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

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？

病気　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・緑内障・その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

6.　この１年間で健診を受診しましたか？

いいえ・はい

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。 そのために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