

# 問 診 票

年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日	明治・大正		
お名前				昭和・平成	年	月
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○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 (      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