

問診票（皮膚科）

令和 年 月 日

●本日はどちらをご持参されましたか？

健康保険証 マイナンバーカードの保険証（以下、マイナ保険証）

●マイナ保険証での受診の方にお尋ねじます。

あなたの診察情報（服薬歴・健診歴等）を当院が取得することに同意されますか？

同意する 同意しない

フリガナ		生年	大・昭・平	年	月	日
お名前	(男・女)	月日		(満)		(歳)
ご住所	〒					
電話番号		体重		k g	体温(熱がありそうな場合)	°C
携帯電話		本人・母・父	その他()			ご職業

どのような症状がありますか？（当てはまるものに○をつけてください）

・いつ頃から さっき・今朝・昨夜・()日前・()週間前・()ヶ月前・()年前

・どの部位に (診察を希望される場所を○で囲んでください)

・どんな症状ですか かゆい・赤い・ぶつぶつ・じんましん・痛い・
水虫・タコ・ウオノメ・傷・怪我・やけど・
とこずれ・できもの・しこり・ほくろ・
虫にさされた・動物に噛まれた

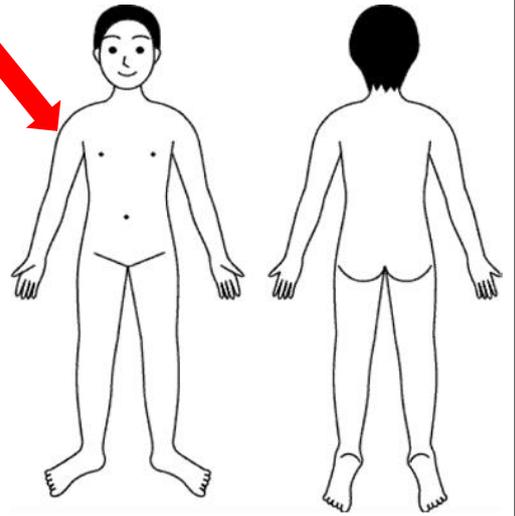
その他()

・このことで何か治療をしていますか (はい・いいえ)

その内容()

・家族に同じような症状の方はいますか (いる・いない)

・お仕事中に起こった事故・ケガですか (はい・いいえ)



現在、他院にて治療中の病気はありますか？また、飲んでいるお薬はありますか？

ない ある→(病名：)

(飲んでいる薬：)

※飲んでいるお薬がある場合は、お薬手帳を見せてください。

今までに薬や食べ物で副作用(ショック・発疹・気分不快)がありましたか？

ない ある→(名前：)

今までに手術を受けたことや、入院したことはありますか？

ない ある→(いつ頃、病名：)

※女性の方のみ、お答えください。

・妊娠されていますか？ いいえ 分からない はい(妊娠 週)

・授乳中ですか？ いいえ はい