

皮膚科問診票

日付:

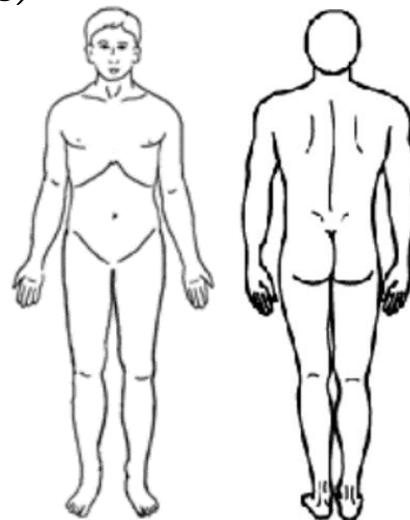
カルテNo: _____

フリガナ		男 女	生年月日	1明治・2大正・3昭和・4平成・5令和		
氏名				年	月	日(歳)
住所	(〒 -)	電話番号		自宅() -		
				携帯() -	続柄()	

1.いつからどのような症状がありますか? (体温: _____ °C)

いつから: _____ 年 _____ 月 _____ 日ころから

どのような症状



症状のある部位に○印を付けてください。

2.現在、他院で治療中のご病気はありますか?

・ない ・ある 病名:

3.現在、他院で処方されているお薬はありますか?

・ない ・ある

※お薬手帳や薬剤情報提供書をお持ちでない方はお申し付けください。

4.薬や食べ物に対するアレルギーがありますか?

・ない ・ある 食べ物や薬の種類:

5.女性の方にお伺いします。

現在妊娠中や授乳中、又は妊娠の可能性はありますか? (当てはまる項目に○を付けてください)

・妊娠中 ・妊娠なし ・授乳中

6.マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか?

・はい ・いいえ

7.他の医療機関からの紹介状をお持ちですか?

・はい ・いいえ

8.これまでに大きな病気にかかったことはありますか?

・はい ・いいえ

はいの方はご記入願います。(病名、時期、医療機関名、治療内容などわかる範囲で記載してください。)

9.この1年間で健診(特定検診、高齢者検診に限る)を受診しましたか? ・はい ・いいえ

はいの方はご記入願います。(受診時期、指摘事項など分かる範囲で記載してください。)

10.当院は基本的にお名前でお呼びいたします、何かございましたらお申し付けください。

(個人情報保護法施行のため)

11.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います。

正確な情報を取得、活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。