

# 皮膚科問診票

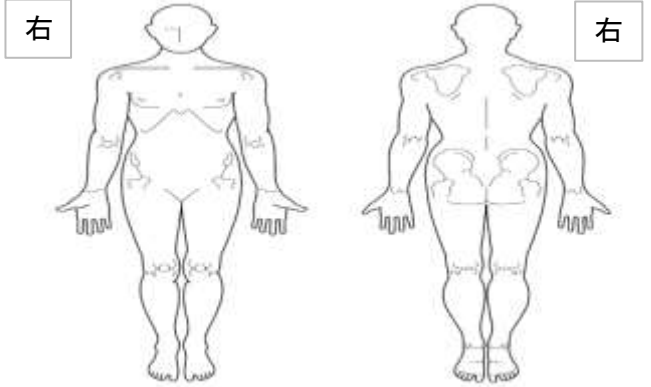
ID:		令和 年 月 日	
フリガナ	性別	生年月日	
お名前	男・女	大・昭 平・令 年 月 日 ( 歳)	
ご住所 〒		自宅電話	
		携帯電話	
フリガナ *未成年者の方 保護者のお名前( )、携帯電話( )		身長 cm / 体重 kg	
介護保険の認定を受けていますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5)		女性の方:妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( 週) <input type="checkbox"/> 授乳中	
当院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 近所なので <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(紹介者: ) <input type="checkbox"/> その他( )			

☆5日以内に37.5℃以上の発熱はありましたか？

いいえ はい(現在の体温 ℃)(発熱 月 日～ 月 日)(最高体温 ℃)

1. 症状のある部位はどこですか？患部に○をしてください。

( )⇒右図に○



2. どのような症状で来院されましたか？

かゆい 痛い ニキビ 皮膚のできもの

やけど ケガ その他( )

3. いつごろから症状は出てきましたか？

( 年 月 日)から

4. 今回の症状で治療を受けていますか？

治療内容を教えてください。

内服・外用( )

5. かかったことのある病気はありますか？

アトピー性皮膚炎 花粉症 喘息 アレルギー性鼻炎

糖尿病 高血圧 腎臓病 肝臓病 心臓病(狭心症・不整脈など) 膠原病

その他( )

6. 現在治療中の病気はありますか？ ない ある( )

7. 現在内服中の薬はありますか？ ない ある

血液をサラサラにする薬 低容量ピル その他( )

8. 過去に病気や手術を受けた事があればお答えください。

(病名・手術名: ) いつ頃: )

9. 薬や食べ物・アルコールでアレルギーが出たことがあればお答え下さい。

ない ある

食べ物、アルコール( )

薬剤( )

10. 現在、お仕事はされていますか？

いいえ はい (内容:デスクワーク 営業 立ち仕事 その他: )

11. ご希望の治療、検査などあれば教えてください。

( )

ご記入いただきましたこの問診表の個人情報、診療録(カルテ)と同様に厳正に管理されます。

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。