

問診票

ふりがな

お名前 _____ 様 男性 ・ 女性

生年月日 大・昭・平・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

〒

住所

電話番号 自宅 (_____ - _____ - _____)

携帯 (_____ - _____ - _____)

①どんな症状のために来院されましたか？○で囲んで下さい。

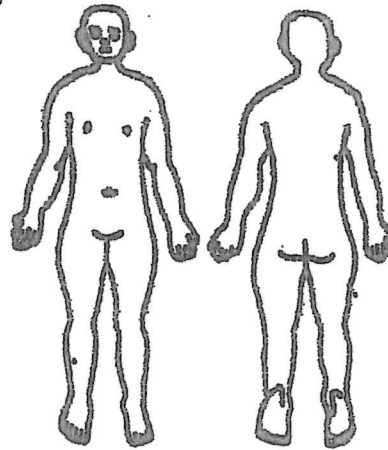
かゆい ・ いたい ・ いたがゆい ・ ムズムズする

ピリピリする ・ ひりひりする ・ 自覚症状なし

その他 (_____)

②皮疹の部位はどこですか？

○で囲んでください。→



③その症状はいつ頃からですか？

_____ (日 ・ 週 ・ 月 ・ 年) 前頃から

④他の病院で皮膚の治療を受けましたか？

はい (_____ 医院・病院) ・ いいえ

⑤今まで入院や手術など大きな病気にかかったことがありますか？

はい (病名 _____) ・ いいえ

⑥現在治療中の病気 (皮膚科以外何でも) はありますか？

はい (病名 _____) ・ いいえ 裏面へ→

----- 切り取り線 ✂ -----

⑦ 現在何か飲み薬を飲んでいますか？

はい () の薬) ・いいえ

→はいの方は、お薬手帳を受付にお出し下さい。

⑧ 今まで薬や食物によるアレルギーはありますか？

はい (薬 ・食物 ・花粉 ・その他) ・いいえ

薬剤名 ()

⑨ 女性の方にお聞きします。現在妊娠中または授乳中ですか？

妊娠中 ・授乳中 ・どちらでもない ・わからない

⑩ 今までに、かぜ薬、かゆみ止め、花粉症の薬を飲んで、眠け・だるさがでたことがありますか？

はい ・いいえ ・わからない

⑪ 今まで、けいれん、ひきつけ（熱性けいれんを含む）を起したことがありますか？

はい () 歳頃) ・いいえ

⑫ 眼科で、眼圧が高い、緑内障と言われたことがありますか？

はい ・いいえ

⑬ 男性の方にお聞きします。前立腺肥大症と言われたことはありますか？

はい ・いいえ

⑭ 車・バイクを運転しますか？

毎日する ・時々する ・ほとんどしない ・しない

⑮ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

はい ・いいえ

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。

----- 切り取り線 ✂ -----