

問診票

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日(大・昭・平・令)	年齢	性別
お名前		年 月 日	歳	男・女
ご住所	〒		ご職業	
携帯電話	本人・父・母・他()		固定電話	
マイナ保険証をご使用の方のみお答えください				
★マイナ保険証による診療情報取得(薬剤情報・特定検診情報等)に同意しますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				

■ 症状が出たのはいつからですか? (年、 月、 週間、 日) くらい前から

■ 部位はどこですか? 右の図に○印をつけてください。

(お顔を診察の方はお化粧を落とした状態で受診ください)メイク off

■ どのような症状ですか?

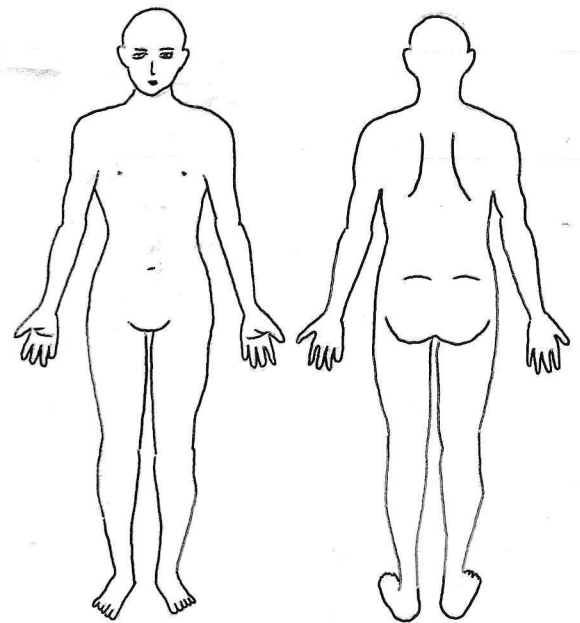
- かゆい 痛い 赤い 腫れている
 しこりがある その他()

■ 上記の皮膚症状で、現在治療をされていますか?

- はい お薬のなまえ()
 その他の治療()
 いいえ

■ 他に、病気はありますか? あり なし

- 糖尿病 高血圧 高脂血症 心臓病
 前立腺肥大 緑内障 ぜんそく
 その他()



※従来の保険証をご使用の方または上記★の欄で【いいえ】とお答えの方のみご記入ください。

■ 現在服薬中のお薬、お使いの塗り薬はありますか?

- はい いいえ

「はい」の方: お薬手帳があればご提示ください、無ければお薬のなまえをお書きください。

お薬のなまえ()

■ アレルギーはありますか? あり なし

- 薬() 食べ物()
 その他()

■ 女性の方のみ

現在、妊娠中ですか? はい いいえ (可能性は? あり なし)

現在、授乳中ですか? はい いいえ

■ ご家族で当院に受診歴のある方はいらっしゃいますか?

- はい 父・母・子・その他()
 いいえ