

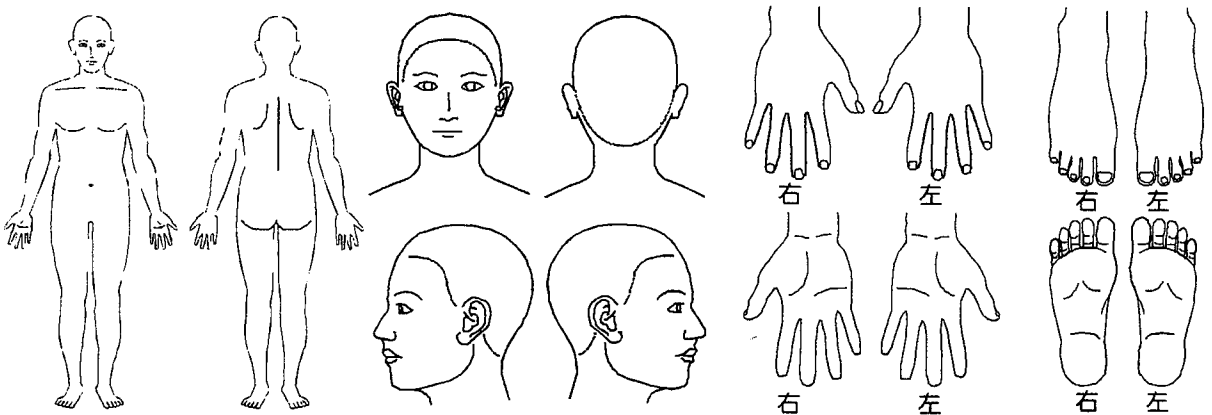
皮膚科問診票

令和 年 月 日

ふりがな ご氏名	男 女	大・昭・平・令 生年月日 年 月 日生 (歳)
〒 ご住所	体重 kg 体温 °C	
自宅電話番号 - -	携帯番号 (連絡先) - -	

1. いつからどんな症状がありますか

- a) いつから：さつき・今朝・昨晚・昨日・____日前・____週間前・____カ月前・____年前
- b) 症 状：かゆい あかい ぶつぶつ じんましん 痛い 息苦しい 水虫 たこ・うおのめ
キズ・ケガ やけど とこずれ できもの・しこり にきび ほくろ
虫に刺された・動物に咬まれた () その他 ()
- c) 上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか (はい・いいえ)
※「はい」の場合 受けたことのある方は、これまでに使用した薬をわかる範囲で
ご記入ください。()
- d) 部 位：(下の図に印を付けてください)



2. 今までに、どんな病気にかかったり、治療をうけたりしたことがありますか

または、現在、他に治療中の病気はありますか (はい・いいえ)

糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃潰瘍 高脂血症 喘息 肺疾患 _____ 癌
アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 (花粉症) アレルギー性結膜炎 緑内障 白内障
前立腺肥大症 手術 () その他 ()

3. 家族の方にアレルギー疾患はありますか (はい・いいえ)

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 (花粉症) 喘息 その他 ()

4. 健康食品を含めて、現在飲んでいる薬はありますか (はい・いいえ)

はいの方→名前 () お薬かお薬手帳を持参

5. 薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか (はい・いいえ)

薬、食べ物の名前 ()

6. 女性の方へ 妊娠中ですか (はい {第 週}・いいえ) 授乳中ですか (はい・いいえ)

●本日は、下記のいずれ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します。

あなたの診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？

- ☐ 同意していない ☐ 同意した

●直近 1 年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか？

※前述の設問にて、健診歴の情報取得に同意された方は記載不要です。

- ☐ 受けていない ☐ 受けた
(健診名：)
(いつ頃： 年 月 ごろ)

●現在、他の医療機関から処方された薬などを服用していますか？

- ☐ 服用していない ☐ 服用している
(薬 剤 名：)
(用 量： 年 月 ごろ)
(投薬期間： 年 月 ごろ)

●他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

- ☐ いいえ ☐ はい

●現在、他の医療機関に通院されていますか？

- ☐ いいえ ☐ はい
(医療機関名：)
(受 診 日： 年 月 ごろ)
(治療内容：)

●本日来院された理由をお聞かせください。 ※症状の内容、発症時期、経過 など

●今までに入院や手術するような大きな病気にかかったことがありますか？

- ☐ いいえ ☐ はい
(病 名：)
(い つ 頃： 年 月 ごろ)
(医療機関名：)
(治療内容：)

●これまでに薬や食品などで、アレルギーを発症したことがありますか？

- ☐ ない ☐ ある（具体的に：)

●現在、妊娠していますか？

- ☐ いいえ ☐ 妊娠中（妊娠 週目） ☐ 授乳中

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）
加算 1：4 点 、 加算 2：2 点（マイナ保険証を利用した場合）