

ID: _____

皮膚科問診票

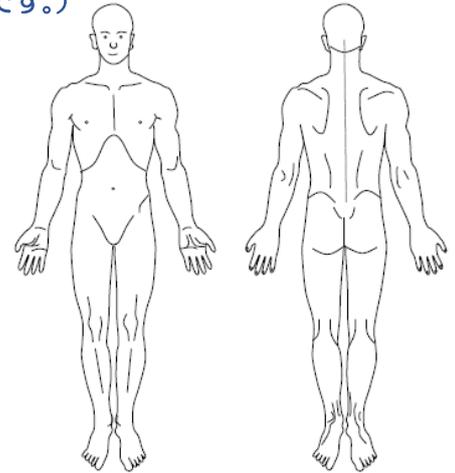
令和 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	大・昭・平・令		
お名前			年	月	日生 () 歳
ご住所	〒	電話	()		
			()		

職業 () 体重 () kg 発熱 (あり・なし)

- ・マイナ保険証の診療情報取得に同意しましたか？ (マイナ保険証持参の方のみ) (はい・いいえ)
- ・この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診しましたか？ (はい・いいえ)
(マイナ保険証による情報取得に同意した患者さんについては、記載は省略可能です。)
- ・紹介状はお持ちですか？ (はい・いいえ)

1 本日の症状についてお聞きします。
 ☆右の図の症状があるところに○をつけて下さい。



- ◎いつ頃からですか。() 頃)
- ・どのような症状ですか
 かゆい 痛い ぶつぶつ かさかさ 赤み 水ぶくれ
 やけど ニキビ 水虫 いぼ タコ/魚の目 じんましん
 アトピー その他 ()
 - ・思い当たる原因はありますか？ ()

2 この症状で、現在あるいは過去に治療を受けた事がありますか？ (はい・いいえ)
 「はい」の方・・・医療機関名 () 病名 ()
 どのような薬が処方されましたか？ ()

3 これまでにかかった病気、または現在治療中の病気に○をつけて下さい。
 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 (花粉症) 喘息 高血圧 高脂血症 糖尿病
 胃潰瘍 心臓病 腎臓病 肝臓病 リウマチ 痛風 脳梗塞/脳卒中 前立腺肥大
 がん/腫瘍 (部位) 甲状腺の病気 緑内障 心療内科疾患 (うつ、不安精神症など)
 その他 () 医療機関名 ()

4 現在、家族の方で同じ症状や皮膚症状のある方はいますか？ (はい・いいえ)
 「はい」の方・・・誰が？ () (同症状・皮膚症状 ())

5 現在、何かお薬を使用していますか？ (はい・いいえ)
 「はい」の方・・・お薬手帳をご用意下さい。
 →お持ちで無い方 (お薬の名前)

6 今までお薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか？ (はい・いいえ)
 「はい」の方・・・お薬・食べ物の名前 ()

7 局所麻酔をしてショック症状を起こしたことがありますか？ (はい・いいえ・麻酔の既往なし)

8 女性の方にお尋ねします。
 妊娠中ですか？ (はい [] 週・いいえ) ・授乳中ですか？ (はい・いいえ)
 「はい」と答えた方→出産予定日…令和 年 月 日

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。