

爪と皮膚の診療所 形成外科・皮膚科 問診表

※当院は、労災・自賠責は対応しておりません。又、保険診療時はクレジットカードは使えませんので、あらかじめご了承ください。 日付 年 月 日

フリガナ			
お名前	(男 ・ 女)		
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日 (歳)
ご住所	〒	職業	
電話番号	自宅	携帯	

身長 cm 体重 kg 症状の出ている部位に○をつけてください

◎本日はどうなさいましたか？

()

◎それはいつからですか？

()

◎今回のご症状で他の医療機関を受診したことがありますか？

ない・ある (医療機関名)

◎現在、服用しているお薬 (市販品を含む) や使用している塗り薬などはありますか？ ※お薬手帳 を受付にお出してください。

ない・ある (薬名:)

◎抗凝固薬 (血液サラサラの薬) を服用していますか？

いいえ・はい (ワーファリン・バイアスピリン・プレタール・他 ())

◎今までにかかった病気、または 現在治療中の病気 はありますか？

ない・ある 高血圧・高脂血症・糖尿病・痛風・狭心症・緑内障
心筋梗塞・気管支喘息・他 ()

◎アレルギーが出たことはありますか？

ない・ある 薬(薬名:)・麻酔・金属・食物・花粉・化粧品 他()

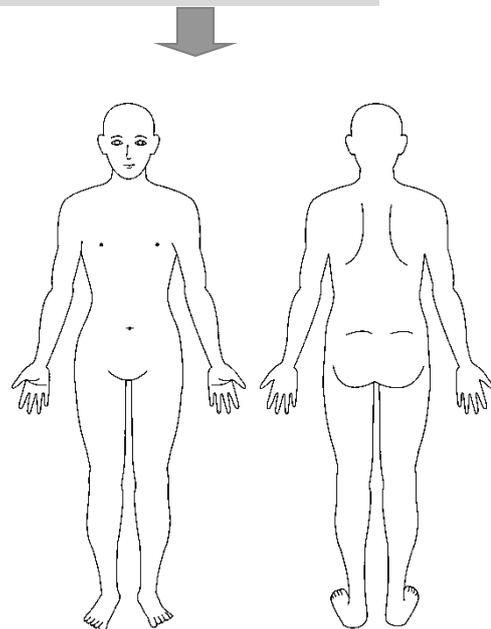
◎アトピーと言われたことがありますか？ ない・ある

※ (女性の方のみお答えください) 1. 現在妊娠中ですか？ 2. 授乳中ですか？

いいえ・はい (週目) いいえ・はい

◎本日マイナンバーカードで受診しますか？ (診療情報取得に同意する) はい・いいえ

※マイナンバーカードにて受診される方は裏面もご記入をお願いします。



当院では、マイナ保険証を通した患者様の診療情報を取得・活用して、質の高い医療の提供に心がけております。正確な情報の取得・活用のために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)として健康保険証ご提示の場合6点、マイナ保険証を利用した場合2点が加算されます。

●他の医療機関からの紹介状は持っておられますか？ 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
「はい」とお答えの方、受診時期、指摘されたことをお教えてください。

()

以下の項目は、問診票にお答えいただければ 記載不要です。

●現在、他の医療機関に通院しておられますか？ はい・いいえ

(医療機関名)

「はい」とお答えの方、医療機関、受診開始日、治療内容をお教えてください。

(お薬手帳をご持参でしたらご提示ください。)

●現在、服用しているお薬(市販品を含む)や使用している塗り薬

などがありますか？ はい・いいえ (薬名:)

●これまでに大きな病気にかかったことがありますか？ はい・いいえ

「はい」とお答えの方、病名、時期、医療機関名、治療内容をお教えてください。

●これまでに食べ物や薬でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい・いいえ

「はい」お答えの方、発症時期、原因となったもの、症状について教えてください。

●(女性の方のみにうかがいます)現在妊娠中、または授乳中ですか？ はい・いいえ

「はい」とお答えの方、妊娠中の場合妊娠何週目ですか？ :

妊娠高血圧などの合併症で治療中ですか？ : はい・いいえ

ご協力ありがとうございました。記入されましたら受付までお返してください