

# 皮膚科 問診票

(ふりがな)

氏名 \_\_\_\_\_ 様 <sup>(男)</sup><sub>(女)</sub> 生年月日 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(才)

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_ 自宅 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg 飲酒 飲まない、1日 合、週 日 喫煙 吸わない、1日 本、年

施設入所中の方は 施設名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

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。

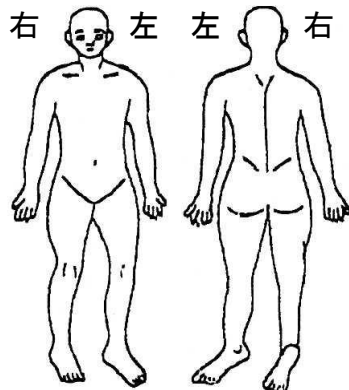
医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 6点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

○マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか 同意する・同意しない・持っていない

○本日は他院からの紹介状をお持ちですか 紹介状がある・紹介状はない

○この1年間に健診(特定健診、高齢者健診)を受診されましたか はい(時期 \_\_\_\_\_)・いいえ

**どこにどのような症状がありますか。下の図の場所と症状に○をしてください。**



- ・かゆみ
- ・赤み
- ・皮がむける
- ・痛み
- ・水疱
- ・汁が出る
- ・腫れている
- ・できもの
- ・傷ができた
- その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ・ピアス希望
- ・脱毛症の治療希望

いつ頃からその症状がありますか \_\_\_\_\_ (日・週間・ヶ月・年)前から \_\_\_\_\_ わからない

発症のきっかけに心当たりはありますか? (ある・ない)

ある方はその内容を記載してください。

この症状で治療を受けたことがありますか? (ある・ない)

病名

病院名

薬の名前

現在治療を受けている病気がありますか? (ある・ない)

高血圧・糖尿病・肝臓病・胃腸疾患・緑内障・その他

どちらの病院・診療所で治療を受けられていますか。

内服している薬の内容がわかれば記載してください。

アレルギー(くすり、注射で具合がわるくなったこと)はありますか? (ある・ない)

ある場合はどのような原因でどのような症状が出たかを記載してください。

食べ物でアレルギーはありますか? (ある・ない)

妊娠されていますか? (はい いいえ) 授乳されていますか? (はい いいえ)

気になること、治療に対するご要望がありましたらお書きください。