

問診票

(スタッフ記入)初・再 ID: _____

※枠内記入必須。再診の方は変更のある項目のみご記入ください。未記入の場合変更なしと判断します。

ふりがな	性別： 男 ・ 女 職業：
氏名(必須)	生年月日(西暦) 年 月 日(歳)
住所 〒	携帯電話 ()

1. (必須) 今回の症状について、いつからどんな症状がありますか？

いつから： _____ .

症状： _____ .

_____ .

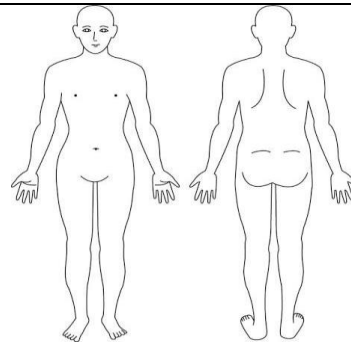
部位：(右の図に○をつけてください)

上記の症状に関して治療を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

※「はい」の場合 医療機関名、受診日、治療内容、使用した薬をわかる範囲内でご記入ください

(_____)

体重 _____ kg(※乳幼児・小児の方は必ず体重をご記入ください。内服薬処方の際に必要な情報です)



2. 現在、他に治療中の病気はありますか？(現病歴) (はい・いいえ)

病名(_____) 薬(_____)

医療機関名(_____)

抗凝固薬・抗血小板薬(血液をサラサラにする薬)を服用していますか？ (あり・なし)

3. 今までにどんな病気にかかったり、治療を受けたりしたことがありますか？(既往歴)

なし

アトピー性皮膚炎 アレルギー(花粉症を含む) 口唇ヘルペス 陰部ヘルペス 帯状疱疹 喘息 糖尿病 心臓病
高血圧 肝疾患 腎疾患 膠原病 前立腺肥大 緑内障 その他(_____)

4. 薬、食べ物でアレルギーなど異常があったことがありますか？ (あり・なし)

※「ある」の場合 薬、食べ物の名前(_____)

5. 女性の方にお聞きします。現在妊娠中ですか？またその可能性はありますか？

妊娠していない 妊娠中(妊娠 _____ 週目) 授乳中 妊娠の可能性あり(通院中・他)

6. 経過記録のための皮膚症状の写真撮影に承諾されますか？ (はい・いいえ)

7. 当院に来院を決められたきっかけは何ですか？(複数選択可)

ホームページ 職場が近い お住まいが近い チラシ インスタグラム 看板 電柱広告
他の医療機関からの紹介状(病院名： _____) 紹介(紹介者： _____) 他(_____)

8. マイナ保険証をお持ちの方 診療情報提供取得に同意されましたか？ (はい・いいえ)

※「いいえ」の場合 この一年で健診(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)

☆お薬手帳や紹介状をご持参の方は必ず受付スタッフにお渡しください。