

皮膚科問診票

ID: _____

ふりがな			男 女	年齢	職業
氏名				才 月	
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	小児のみ 体重
住所					
自宅電話			携帯電話		

1. 症状のある所を右の図に○をつけてください (複数可)

2. どのくらい前からですか？

(_____ 日/週間 ・ _____ ヶ月 ・ _____ 年前から、 前回受診時から)

3. どのような症状ですか？ ○をつけてください (複数可)

かゆい ・ 痛い ・ ぶつぶつ ・ かさかさ ・ 腫れ ・ 膿(うみ)
赤み ・ 傷 ・ かぶれ ・ 水ぶくれ ・ やけど ・ 水虫 ・ ニキビ
いぼ ・ 水いぼ ・ タコ/魚の目 ・ じんましん ・ アトピー ・ 汗
その他 (_____)

4. 症状が出た原因は思い当たりますか？ ○をつけてください (複数可)

食べ物 ・ 虫 ・ 薬 ・ 化粧品 ・ 乾燥 ・ 日焼け ・ わからない
その他 (_____)

5. 同じ症状で、現在あるいは過去に治療を受けた事がありますか？

なし ・ ある(★印に○をして詳細をご記入ください)

★ 当院にて治療歴がある _____ 年 _____ 月頃治療していた

★ 他院にて治療歴がある (↓記入) ※お薬手帳を提出してください

_____ 年 _____ 月頃 病名 _____ 治療内容・薬の名前 _____

6. 現在、他院にて他に治療中の病気はありますか？ なし ・ あり (↓詳細をご記入ください) ※お薬手帳を提出してください

●治療中の病名 _____

●手帳を忘れた・携帯のお薬手帳の場合はお薬の名前をご記入下さい _____

7. 今までにかかったことのある病気を教えて下さい ※あるに○した方は、↓の病名にあてはまるものに○してください

なし・ある アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎(花粉症) 喘息 高血圧 糖尿病 胃潰瘍

心臓病 腎臓病 肝臓病 リウマチ 痛風 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、不安神経症など) その他 _____

8. 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？

なし ・ ある ある場合は具体的に記入 _____

9. ご家族の方 (血縁関係の方) にアレルギー疾患はありますか？

いる ・ いない いるに○した場合は右の数字を () 内に記入 ①父②母③兄弟姉妹④その他 _____

アトピー性皮膚炎 (_____)、花粉症 (_____)、喘息 (_____)、その他 _____ (_____)

10. 医療費明細書の発行を希望されますか 希望 ・ 不要

11. 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ (はい ・ いいえ)

12. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ (はい ・ いいえ) ← マイナンバーカードにて受付した方のみ回答

13. 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)

14. 妊娠・授乳中ですか？ いいえ ・ はい (妊娠 _____ 週目 ・ 可能性あり ・ 授乳中)

15. その他なにかありましたら、ご記入ください

(_____)

