

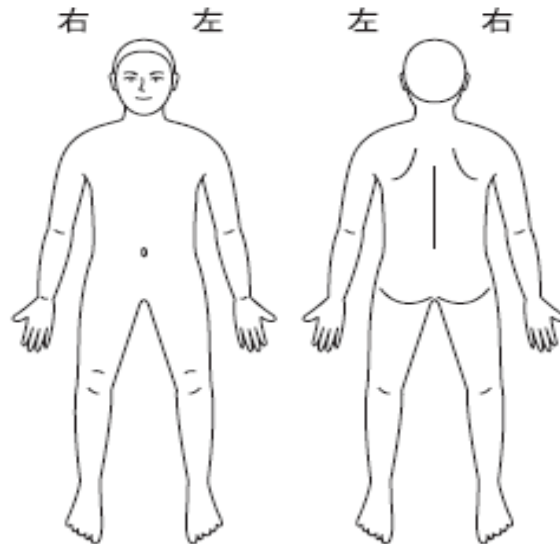
【問診票】

受診日： 年 月 日

フリガナ	性別	体重	生年月日
お名前	男・女	お子様は必ずご記入ください kg	大正・昭和・平成・令和（ 歳） 年 月 日生
住所 〒			電話番号 自宅（ ） 携帯（ ）

※お薬手帳がある方は受付時に問診票と一緒にお願いします。

- （※マイナ保険証を提示した方へ）診療情報取得に同意しましたか（はい・いいえ）
- 皮膚の症状がある部位すべてに○をつけ、どのような症状かを詳しく記入してください。



かゆい・痛い・カサカサ・にきび・その他（ ）

- いつ頃からですか？（ ）
- きっかけはありますか？（ない・ある）→（ ）
- この症状で今までに治療を受けましたか？または症状がでて何か薬を使いましたか？
（いいえ・はい） 「はい」の方→病院名（ ） 紹介状（ あり・なし ）
処方されたことのある薬、症状がでて使ったお薬など（ ）
- 薬や注射・消毒液でアレルギー反応が出たことはありますか？（いいえ・はい）
「はい」の方→薬の名前（ ） どんな症状ですか？（ ）
- 現在通院していたり、服用中、または使用している薬はありますか？（いいえ・はい）
「はい」の方→必ずお薬手帳をご提出ください。
- この一年間で特定健診や高齢者健診を受診しましたか？（はい・いいえ・わからない）
- これまでに大きな病気（入院や手術を要する病気等）にかかったことがありますか？
（いいえ・はい）
- 女性の方へ 妊娠中・妊娠の可能性・授乳中ですか？
妊娠（いいえ・はい カ月） 授乳（いいえ・はい カ月）