

受付番号

皮膚科問診票

日付

ふりがな				
お名前	男・女	職業	受付時の体温	℃
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日 (歳)
住所 (変更時)	電話番号		体重 (お子様のみ)	kg

① いつ頃からの症状ですか？

{ }

② 右図の症状のある部分に○を付けてください。

③ あてはまる症状に○を付けてください。

かゆい 痛い 腫れている 赤くなっている 湿疹 発疹
 できもの 怪我 やけど とびひ 蕁麻疹 虫刺され ニキビ
 イボ シミ 巻き爪 水虫 脱毛 カサカサ

その他 { }

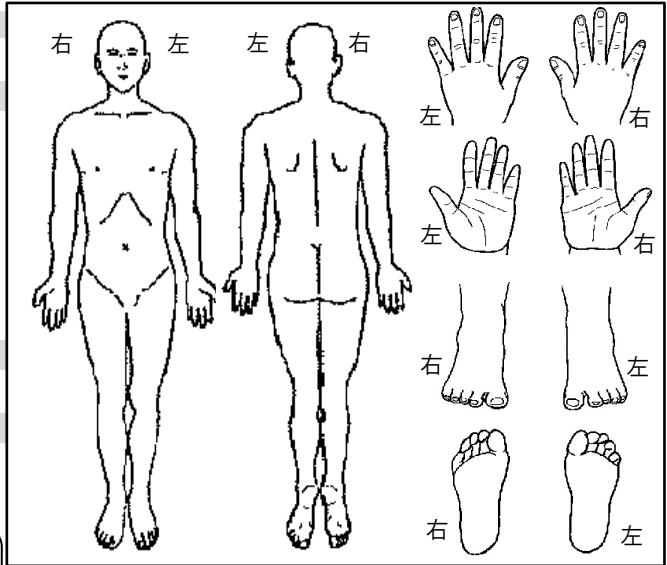
④ 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

はい いいえ

⑤ 現在、この症状で治療を受けていますか？

はい いいえ

「はい」の方⇒医療機関名 {
 治療方法を下記へご記入ください



※その治療方法で、どのような変化がありましたか？
良くなった 変わらない 悪くなった

⑥ 現在、他の医療機関に通院されていますか？

はい いいえ

「はい」の方⇒ 医療機関名 {
 病名

⑦ 現在、常用している内服薬・外用薬はありますか？

はい いいえ

「はい」の方⇒ 薬名 { }

⑧ 今までに、薬や食べ物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」の方⇒ 薬・食べ物名 { }

⑨ 下記の病気にかかったことがある方は○を付けてください。また今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？

・アトピー性皮膚炎 ・喘息 はい いいえ {
 ・アレルギー性鼻炎(花粉症) ⇒医療機関名・病名

⑩ 女性の方のみお答えください

・妊娠中ですか？ はい(週目)→予定日(年 月) 可能性あり いいえ
 ・授乳中ですか？ はい いいえ

⑪ 業務上、または通勤による負傷・病気ですか？

はい いいえ

⑫ マイナ保険証(マイナンバーカード)の健康保険証利用による情報取得に同意しますか？

はい いいえ

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お願いいたします。

⑬ (⑫がいいえの方のみ)1年以内に特定健診を受診しましたか？

はい 受診した時期: 年 月頃 指摘事項があればご記入ください
いいえ { }