

# 皮膚科診療申込書 兼 問診票

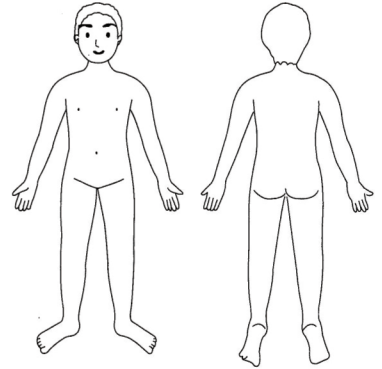
年 月 日

|            |    |    |           |                   |      |        |
|------------|----|----|-----------|-------------------|------|--------|
| フリガナ<br>氏名 |    |    | 性別<br>男・女 | 年齢<br>歳           | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 住所         | 〒  |    | TEL ( )   |                   |      |        |
| 職業         |    |    | 会社名       | TEL ( )           |      |        |
| 身長         | cm | 体重 | kg        | 紹介状：有・無 / ( ) の紹介 |      |        |

●どのようなことで来院されましたか 当てはまるものに○をつけてください。

- いつ頃から  
さっき・今朝・昨夜・昨日・( ) 日前・( ) 週間前・( ) ヶ月前・( ) 年前

- どの部位に  
頭・かみの毛 顔 首 うで 手  
おね おなか 背中 おしり いんぶ  
太もも・すね 足 つめ 全身



- どんなことですか  
かゆい 赤い ぶつぶつ じんましん  
痛い 息苦しい  
水虫 タコ・ウオノメ いぼ  
キズ・ケガ やけど とこずれ  
できもの・しこり ほくろ  
虫に刺された・動物に咬まれた ( )  
その他 ( )

- 家族に同じような症状の方はいますか ( いる ・ いない )  
今回の皮膚病の原因として思い当たる事がありますか  
ある場合は記入して下さい ( 薬・食べ物・化粧品・仕事・どこかに出かけた 等 )  
( )  
この症状について今まで他の医療機関で治療を受けていれば記入して下さい  
病院名 ( )  
治療内容(薬の名前など) ( )

●現在、他院にて通院中や、治療中の病気はありますか ( ある ・ ない )

- ある方→病院名( )  
糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃潰瘍 高脂血症  
喘息 肺の病気 ( ) 癌 アレルギー性結膜炎 アレルギー性鼻炎  
緑内障・眼圧が高い 白内障 前立腺肥大症  
その他(病名)

●現在、飲んでる薬はありますか ( ある ・ ない )

- ある方→名前( )

●薬や食べ物でアレルギーはありますか ( ある ・ ない )

- ある方→名前( )

●今までに手術を受けたことや、入院したことはありますか ( はい ・ いいえ )

- はい→いつ頃・病名( )

●女性の方へ 妊娠中ですか ( はい [第 週] ・ いいえ )

- 授乳中ですか ( はい ・ いいえ )

●マイナ保険証の方 病院の診療情報取得に同意されますか?  同意する  同意しない

●過去1年間に特定健診か高齢者健診は受診しましたか?  した  していない  不明

※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ご利用にご協力をお願いします。