

皮膚科問診票

記入日
令和 年 月 日

ID: _____

身長: _____ cm 体重: _____ Kg

ふりがな _____

男 生年月日 _____

氏名 _____

女 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

住所: _____

電話番号: (自宅) _____
(携帯) _____

当クリニックは診療情報を取得・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をお願いいたします。

■ 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

■ 本日はどうなさいましたか？ 症状のある部位に○をつけてください。

当てはまるものに○をつけてください。

かゆい 赤い 痛い ブツブツ カサカサ 腫れ

水ぶくれ キズ・けが あざ 虫刺され いぼ

タコ・うおのめ にきび 水虫 アトピー

脱毛症 じんましん ほくろ やけど 床ずれ

以前受診していた症状 その他 ()

■ 症状はいつ頃からありますか？
____日・____週間・____ヶ月・____年 前から

■ 現在、その症状で治療を受けていますか？

はい いいえ

おくすり手帳持参あり 市販薬

その症状に変わりがありますか？

いいえ はい (大きくなった 増えた 広

その他 ()

■ 過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？ はい いいえ ()

■ 現在、治療中の病気はありますか？ なし あり ()

■ 現在、飲んでいるお薬はありますか？ なし あり ()

■ 喫煙、飲酒について教えてください

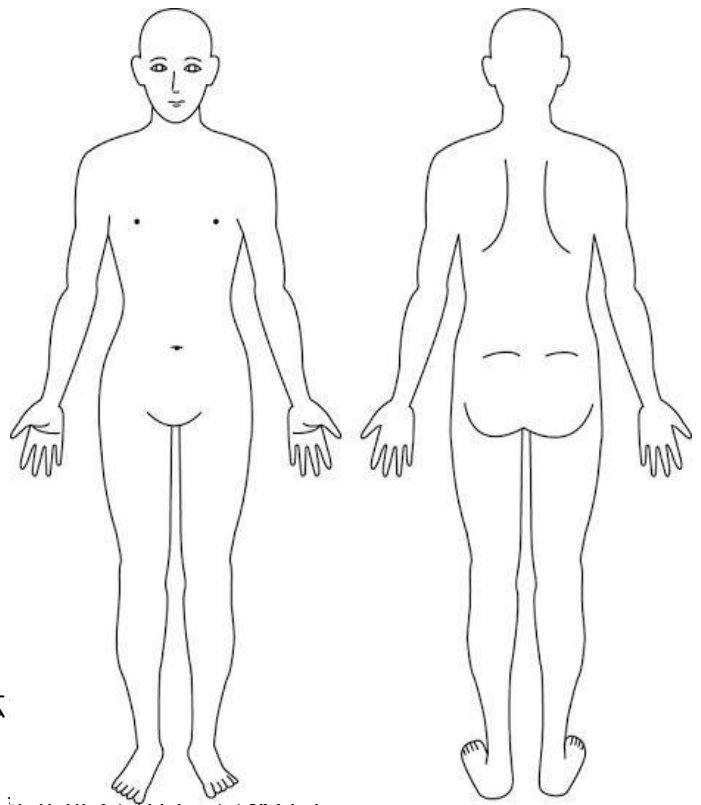
喫煙: 吸わない 吸う (本/日 × 年間) 禁煙した

飲酒: 飲まない 飲む

■ お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり ()

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)



職員記載欄

新患	紹介	登録時間	担当	看護師	scan