

皮膚科問診用紙

来院日

年 月 日

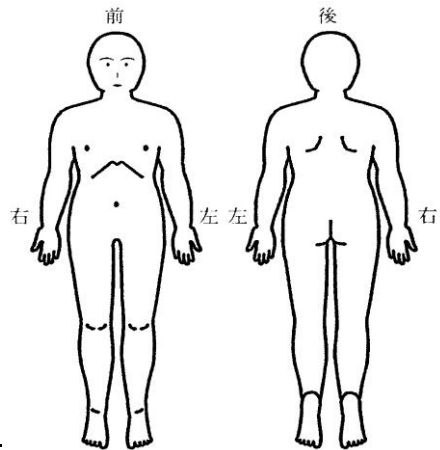
お名前 _____ 様 _____ 歳 男・女 身長 (_____)cm
体重 (_____)kg

(症状があるところに○を付けてください)

1. 今日どのような症状がありますか？

- ・かゆみがある
- ・しこりがある
- ・赤みがある
- ・発疹がある
- ・その他 (_____)
- ・痛みがある
- ・熱がある
- ・腫れている

℃



2. その症状はいつからですか？

_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から

- ・急に悪くなった
- ・徐々に悪くなった

3. 今回の症状のために、他の病院にかかりましたか？

- ・受けた
- ・受けない

病院名 _____

受けた検査 _____

飲んだ薬 _____

何と言われましたか？ _____

4. ご家族や親しい方に同じような症状の方はいらっしゃいますか？

- ・いない
- ・いる (ご関係(_____))

5. 今までに罹った病気についてお伺いします。

- ・特になし
- ・高血圧 ある ない
- ・糖尿病 ある ない
- ・気管支喘息 ある ない
- ・緑内障 ある ない
- ・脳出血 ある ない
- ・その他の病気 (_____)
- ・心臓病 ある ない
- ・結核 ある ない
- ・前立腺肥大 ある ない
- ・脳梗塞 ある ない

6. 今までに手術を受けたことがありますか？

ある方は _____ 歳の頃 _____ の手術
_____ 歳の頃 _____ の手術

7. 上記の手術以外で入院したことはありますか？

ある ない
_____ 歳の頃 _____ の病気
_____ 歳の頃 _____ の病気

8. 現在飲んでいる薬や塗り薬がありますか？

ある ない
お薬手帳をお持ちの方は提出をお願いします。
お持ちでない方は下記にお薬名を記載して下さい

(_____)
どこでもらっていますか？ 病院名 _____

9. アレルギーはありますか？

ある方は _____ ある ない
_____ 食べ物(_____) 花粉症 その他(_____)

10. 薬のアレルギーはありますか？

ある ない
ある方は薬の名前を教えてください： _____
どのような症状がありましたか？ _____

11. タバコを吸いますか？

- ・吸う _____ 本/日 (_____ 歳から)
- ・以前吸っていた _____ 歳 ~ _____ 歳まで _____ 本/日
- ・吸わない
- ・周りにタバコをすう人がいる

12. お酒を飲みますか？

何を _____ どれくらい

- ・飲まない

13. (女性の方へ) 現在妊娠していますか？授乳中ですか？

妊娠している 週 _____ 妊娠の可能性がある 妊娠していない

授乳している 授乳していない

※裏面の記載もお願いします。

14. 介護認定を受けていますか？
受けている方 介護度は 要支援() 要介護() 受けている 受けていない

担当事業所名 _____

ケアマネージャー 氏名/連絡先 _____

介護サービス利用内容 _____

15.同居の方はいらっしゃいますか？ はい いいえ
いらっしゃる場合、ご自宅での処置などが生じた場合ご協力はいただけますか？
はい いいえ
ご同居の方以外の協力者はいらっしゃいますか？
はい いいえ

以下、マイナ保険証による医療情報等に関して質問事項

1.マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ (はい いいえ)

→ご同意いただける場合、新患受付のマイナカード読み取り機をご利用ください。

2.本日は他院からの紹介状を持参していますか？ (はい いいえ)

3.現在他の医療機関に通院していますか？ (はい いいえ)

医療機関名 ()

治療内容 内服・点滴・手術・経過観察・その他()

4.直近1年以内に検診(特定検診・高齢者検診)を受診しましたか？

受診日() 指摘事項()

当院は診療情報を取得・活用することにより、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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

※患者様の個人情報は、当院における個人情報の利用目的以外には使用いたしません。