

仕事場でのやけど、けがの場合は
必ず受付にお申し出下さい

【問診票】

名前	ふりがな	男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 年齢 才
住所	〒 - (郵便番号の記入をお願いします) 都・道 府・県	電話	自宅 携帯	- - - -

身長 cm 体重 kg

★本日の症状はいつ頃からありましたか？

() 日前より () 週間前より () ヶ月前より () 年前より

★診察してもらいたい場所はどこですか？(顔・背中・全身などをお書き下さい)

★そちらはどのような症状ですか？○印をつけて下さい

かゆい・痛い・ボツボツが出来た・赤くなった・腫れた・しこりがある・じくじくする・ホクロ・シミ・脱毛(抜け毛)
その他(具体的にお書き下さい)

★その症状で今までに治療を受けましたか？

なし あり 病院名：
薬品名：

◇現在治療中の病気はありますか？

はい いいえ

病名： 病院名：
薬品名：

◇この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？

はい いいえ

受診時期： 指摘事項など：

◇日常生活についておたずねします

タバコは吸いますか？ はい(1日 本) いいえ
アルコールは飲みますか？ はい(少し・たまにを含みます) いいえ

◇ご婦人のかたへ

現在妊娠中、またはその可能性がありますか？ はい(週目) いいえ 不明

◇今までに次のような病気にかかった事がありますか？○印をつけて下さい

ぜんそく・アトピー性皮膚炎・じんましん・糖尿病・緑内障・前立腺肥大症
その他(特別な病気があればお書き下さい) 特に無し

◇これまでに薬や注射で何か異常が出たことがありますか？

はい(薬品名：) いいえ

◇家族の方が次の病気にかかった事がありますか？○印をつけて下さい

ぜんそく・アトピー性皮膚炎・じんましん・肝臓病・腎臓病・糖尿病
その他(特別な病気があればお書き下さい) 特に無し

◇マイナ保険証による診療情報(受診歴・薬剤情報・特定健診情報等)の取得について

同意する 同意しない 持っていない

◇最後に、よつば皮膚科をどのようにしてお知りになりましたか？

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1, 当院ホームページ(インターネット) | 2, Googleなどの口コミ情報 |
| 3, 外や入口の看板をみて | 4, 街中の看板 |
| 5, 家族や知人・友人からの紹介 | 6, その他(差し支えなければ教えて下さい) |

当院は、診療情報(薬剤情報・特定健診情報等)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。

(医療情報・システム基盤整備体制充実加算算定医療機関)

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。