

問 診 票 (皮膚科初診用)

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	男・女
氏名			
住所	〒		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
電話番号	(自宅) (携帯)		
身長・体重	cm		kg

1. 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？

(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をお願いいたします)

はい いいえ

2. 他の医療機関からの紹介状はありますか？

はい いいえ

3. 右の図で、本日の症状があるところに○をつけて下さい。

・いつ頃からですか？ (から)

・当てはまる症状にチェックをしてください。

かゆい 痛い ぶつぶつ かさかさ 赤み 水ぶくれ やけど

水虫 ニキビ いぼ タコ/魚の目 じんましん アトピー

その他 ()

4. これまでにかかった病気、または現在治療中の病気はありますか？

はい (病名: 薬剤名:) いいえ

*お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。

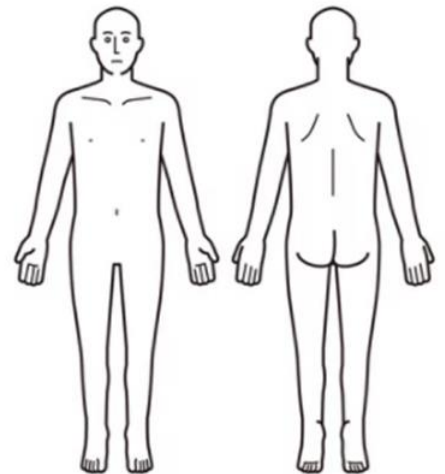
5. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

はい・・・お薬・食べ物の名前 () いいえ

6. 女性の方にお尋ねします。

現在妊娠中ですか？ はい(週数:) いいえ

授乳中ですか？ はい いいえ



～簡単なアンケートをお願いしております。ご協力をお願い致します。～

・当院を知ったきっかけは？

電話帳・建物看板・家族、友人の紹介・当院のホームページ・インターネット・他医療機関の紹介・その他 ()

・通院手段は？

徒歩・自転車・自家用車・タクシー・バス・電車