

皮膚科問診票 (成人)

受診日:

本日はどうなさいましたか? □にチェックを入れて下さい

| | |
|-------------|-------------|
| ふりがな お名前 | 男 ・ 女 |
|-------------|-------------|

| | |
|----------|-------------------|
| 生年 月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 |
|----------|-------------------|

| | | |
|------|-----|-----|
| ご住所 | 〒 | |
| 電話番号 | 携帯: | 自宅: |

今までに食べ物やくすりアレルギーを
起こしたことがありますか?
いいえ
はい (以下ご記入下さい。)

他の医療機関からの紹介状をお持ちです
か? いいえ はい
 マイナ保険証をお持ちですか?
いいえ はい
 ※「はい」と答えた方のみ
 診療情報取得に同意されましたか?
いいえ はい

今までにかかった病気に○印をつけてください。
 アトピー性皮膚炎 帯状疱疹 花粉症 アレルギー性鼻炎 喘息
 糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 前立腺肥大 緑内障
 その他

今までに肝機能障害、腎機能障害と指摘されたことはありますか?
いいえ はい: 肝機能障害 腎機能障害

女性の方のみお答えください
 現在、妊娠中ですか? いいえ はい (現在 月 日 月)

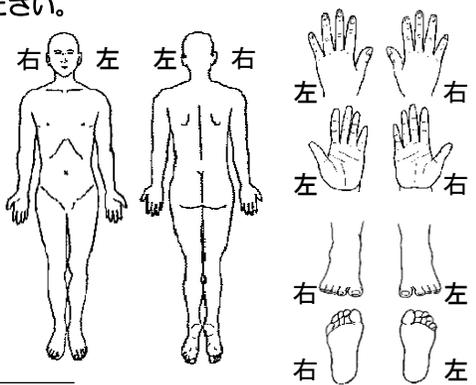
妊娠の可能性ありますか? いいえ はい

現在、授乳中ですか? いいえ はい

いつ頃からお困りですか? _____

当てはまる症状・部位に○印をつけてください。

発熱 かゆい 痛い 腫れている
 赤くなっている 湿疹 発疹
 水ぶくれ 帯状疱疹 カサカサする
 できもの とびひ じんま疹
 虫刺され ニキビ イボ シミ
 水虫 巻き爪 脱毛 花粉症
 やけど 怪我
 その他: _____



業務上、または通勤による負傷・病気ですか?
いいえ はい

現在、この症状で治療を受けていますか?
いいえ はい 病院名: _____
 治療方法: _____

その治療法で、どのような変化がありましたか?
よくなった 変わらない 悪くなった
その他: _____

現在、皮膚科以外の科にかかっていますか?
いいえ はい 病院名: _____
 病名: _____

現在、常用している内服薬・外用薬はありますか?
いいえ はい 薬名: _____

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めており、医療情報・システム基盤設備体制充実加算の算定医療機関になります。
 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。

皮膚科問診票 (小児)

受診日:

付き添い: 父・母・祖父・祖母・他 _____ 体重: _____ kg

| | |
|-------------|-------------|
| ふりがな お名前 | 男 ・ 女 |
|-------------|-------------|

| | |
|------|------------------|
| 生年月日 | 平成 ・ 令和 年 月 日 |
| 兄弟姉妹 | 人中 番目 |

| | |
|-----|---|
| ご住所 | 〒 |
|-----|---|

| | | |
|------|----------------|-----|
| 電話番号 | 携帯: (父・母・) | 自宅: |
|------|----------------|-----|

| | |
|------|---|
| 集団生活 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____ 保育園・幼稚園・小学校 |
|------|---|

妊娠 _____ 週、 _____ gで出生
 出生時や健診時などに、なにか指摘を受けたことはありますか?
いいえ はい 内容: _____

今までに食べ物やくすりアレルギーを起こしたことがありますか?
いいえ はい (以下ご記入下さい。)

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか? いいえ はい
 マイナ保険証をお持ちですか?
いいえ はい
 ※「はい」と答えた方のみ
 診療情報取得に同意されましたか?
いいえ はい

今まで大きな病気にかかったことはありますか? いいえ
けいれん(熱なし・熱あり): _____ 回
入院歴 病名: _____
その他 病名: _____

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めており、医療情報・システム基盤設備体制充実加算の算定医療機関になります。
 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。

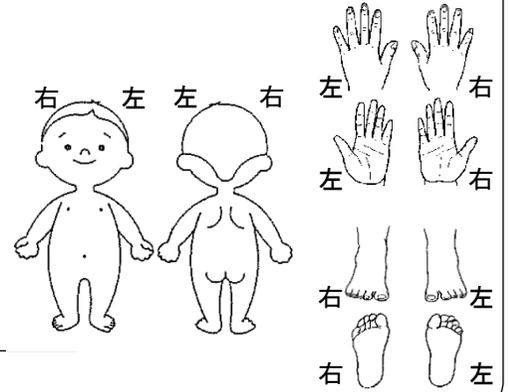
本日はどうなさいましたか?

*待合室の体重計で測定できない方は処置室で測定しますので、受付にお声がけください

いつ頃からお困りですか? _____

当てはまる症状・部位に○印をつけてください。

- 発熱 かゆい 痛い 腫れている
- 赤くなっている 湿疹 発疹
- 水ぶくれ 帯状疱疹 カサカサする
- できもの とびひ じんま疹
- 虫刺され ニキビ イボ シミ
- 水虫 巻き爪 脱毛 花粉症
- やけど 怪我 _____
- その他: _____



現在、この症状で治療を受けていますか?
いいえ はい 病院名: _____
 治療方法: _____

その治療法で、どのような変化がありましたか?
よくなった 変わらない 悪くなった
その他: _____

現在、皮膚科以外の科にかかっていますか?
いいえ はい 病院名: _____
 病名: _____

現在、常用している内服薬・外用薬はありますか?
いいえ はい 薬名: _____