ID　　受診日

皮膚科問診票

ふりがな
氏名

下記の質問にお答え下さい。記入された方は、受付にお出し下さい。

本日は、どうされましたか？ ○印をつけて下さい。

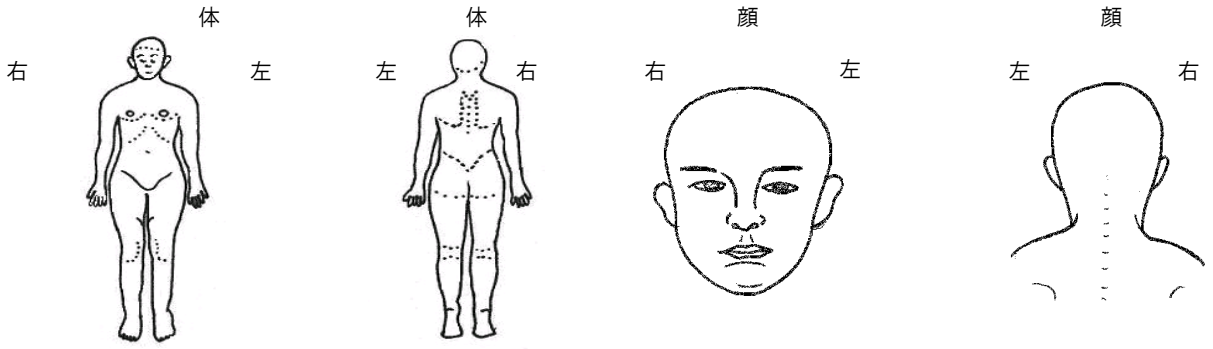
・かゆい ・痛い ・腫れている ・できもの ・カサカサする ・巻き爪

・その他 [　　]

その症状は水疱瘡などの感染症と考えられますか。　はい ・いいえ

他の医療機関からの紹介状を持っていますか　はい・いいえ

① 症状のある所に○印をつけて下さい。（下図）



② それは、いつからですか。

・　日前から　・　週間前から　・　ヶ月前から　・　年前から

③ 現在、あるいは過去にこの症状で治療を受けていますか。

はい ・ いいえ（　　）

④ 今までに、大きな病気にかかった事・手術をうけたことはありますか。 はい ・いいえ

⑤ 糖尿病、高血圧の既往歴はありますか。 はい ・ いいえ

⑥ 緑内障、てんかん、前立腺肥大症の既往歴はありますか。 はい ・ いいえ

⑦ 現在内服中の薬はありますか。 はい ・ いいえ

⑧ 飲み薬、塗り薬、注射でアレルギー症状を起こした事がありますか。

はい・いいえ （　　）

⑨ 女性の方のみお答え下さい。

妊娠の可能性はあります・はい ・いいえ ・わからない

妊娠中ですか ・はい ・いいえ　授乳中ですか ・はい ・いいえ

⑩ 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診療情報取得に同意しますか

はい・いいえ

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、マイナ保険証のりようにご協力をお願いいたします。

⑪ （⑩でいいえの方のみ） 現在他の医療機関で処方されている薬はありますか

はい・いいえ　（薬の名前:　　）

⑫ （⑩でいいえの方のみ） 1年以内に特定健診を受信しましたか

はい・いいえ　受診した時期:
指摘事項があればご記入ください:
（例・・高血圧。メタボなど）

南大沢メディカルプラザ