

問診票

令和 年 月 日

ふりがな				生 年 月 日	
氏名	男 ・ 女		T ・ S ・ H ・ R 年 月 日 (歳 カ月)		
ご住所	〒				
携帯番号	— —		体重	Kg	
電話番号	() —		職業		

★マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ 【 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 いつ頃から症状が出ていますか？

【 今日・ () 日前・ () 週間前・ 1か月前・ () 前から 】

②当てはまる症状に○を付けてください。

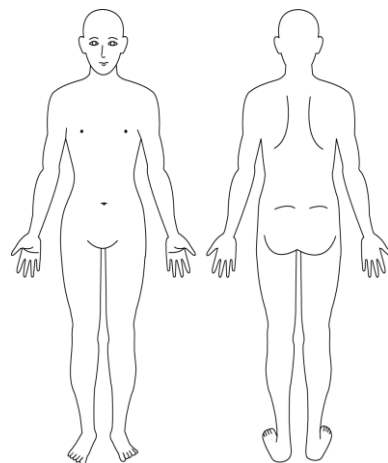
発熱 かゆみ 痛み 赤み 腫れ カサツキ ジクジク

水ぶくれ 湿疹 虫刺され できもの とびひ にきび イボ

巻き爪 脱毛 やけど ケガ 皮むけ

その他 【 】

③右図へ、症状のある部分に○を付けてください。

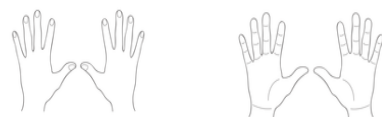


④現在、他の病院に受診されていますか？

【 はい いいえ 】

【はい】の方⇒医療機関名 【 】

病名 【 】



⑤使用したことのある内服薬・外用薬はありますか？（皮膚科・他の科含め）

【 はい いいえ 】

【はい】の方⇒薬名 【 】



⑥今までに、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

【 はい いいえ 不明 】

【はい】の方⇒食べ物、薬名 【 】

□アレルギー検査をして、自分のアレルギー項目を知りたい (3割負担で5,700円程度)

⑦女性の方にお尋ねします。

⑧コロナワクチン接種した日を教えてください。

・現在、妊娠中ですか？ 【はい（現在 カ月） いいえ ・ () 回目 (年 月 日)

・現在、授乳中ですか？ 【はい いいえ】 ・ 未 ()

・妊娠の可能性ありますか？ 【はい いいえ】

★この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受けましたか？ 【 はい いいえ 】

(マイナ保険証による情報取得に同意した方は記載を省略可能)

※当院では患者様のご希望に応じて保険外の診療も実施しています。

ご興味のある項目、詳しく聞きたいことを教えてください。(ご回答は興味のある方だけで構いません)

□しわ・しみ □まつ毛 □薄毛 □脱毛 □毛穴 □化粧品 □美白・美肌 □ダイエット

□カウンセリングで話を聞いてみたい □価格を知りたい

※ご記入頂きました個人情報に関しましては、当院の診療目的以外には使用いたしません。

ご協力ありがとうございました。

ゆみ皮膚科