

※当院から連絡する際に必要となる大切な情報です。楷書で丁寧に記入ください。

ご記入日

令和 年 月 日

皮膚科 問診票



太枠内は必ず記入してください。太枠外は初めての方、変更のある方のみ記入してください。

フリガナ		生年月日	大 昭 平 令 西暦 年 月 日 (歳 カ月)	☐ 男性 ☐ 女性
お名前			電話①	日中連絡をとれる番号：携帯 自宅 職場 — — (ご本人以外の場合の続柄：)
ご住所	〒	電話②	— —	

いつから、 どのような症状が ありますか？	いつから	◆他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ ☐ はい ☐ いいえ	 小学生以下の方は体重をご記入ください ()kg
	どんな具合	例) かゆい、ヒリヒリする等	
	☐ 自由診療希望(下記希望するものに○をしてください) シミ・ほくろ・にきび・ピーリング・男性型(女性型)脱毛症 その他 () ※同日に保険診療を受けることはできません。		
現在治療中の病気	病名： 通院先：		
過去に治療を受けた 病気や手術	病名・手術： 時期：		
アレルギー	☐ なし ☐ あり ⇒ ☐ 喘息 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 花粉症 ☐ 食物・薬() ☐ その他()		
喫煙	☐ なし ☐ あり：1日あたり 本を 年間(歳～ 歳)		
飲酒	☐ なし ☐ あり：お酒の種類()、一回量()、週()日		
妊娠・授乳中の方	☐ 妊娠中()カ月 ☐ 妊娠の可能性あり ☐ 授乳中		
健康診断	この1年間に健診(特定健診または高齢者検診に限る)を受けましたか？ ☐ はい ☐ いいえ		
マイナ保険証	マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ ☐ 同意する ☐ 同意しない		

お薬手帳	☐ あり ⇒ 診察室ですぐに出せるようご準備ください ☐ なし ⇒ のんでいるお薬がありましたら、ご記入ください ()
------	--

マイナ保険証の利用について：
当クリニックは、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者さんの診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に務めています。正確な情報を取得するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。