

問診票 ID:

受診日 月 日

フリガナ		性別	
お名前		男	女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	(15歳以下) 体重 kg	
住所:〒		職業	
携帯電話	( )		

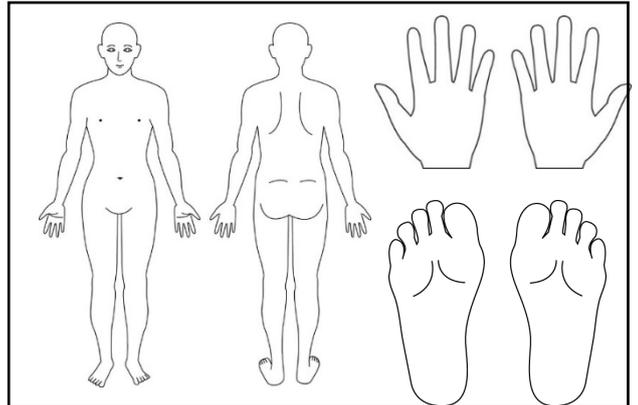
①症状のある部分に○を付けてください→

②いつ頃からですか

( )

③あてはまる症状に○を付けてください

- ・湿疹 ・乾燥 ・イボ、うおのめ
- ・じんま疹 ・水虫 ・虫刺され
- ・ニキビ ・やけど(原因: )
- ・出来物 ・巻き爪
- ・シミ、肝斑 ・ホクロ ・AGA、女性薄毛
- ・その他 ( )



④現在、この症状で薬を使用していますか？

はい・いいえ

「はい」の方→病院名 ( )  
薬 ( )

※その薬で変化はありましたか？

- ・良くなった ・変化なし ・悪化した ・その他 ( )

⑤薬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

「はい」の方→(詳細: )

⑥今までにかかった病気に○を付けてください

- ・特になし ・アトピー性皮膚炎 ・帯状疱疹 ・掌蹠膿疱症 ・花粉症 ・緑内障 ・喘息
- ・高血圧 ・糖尿病 ・高脂血症 ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・骨粗しょう症
- ・その他 ( )

⑦その他に他院で処方されている飲み薬・塗り薬はありますか？

はい・いいえ

「はい」の方→病院名 ( )  
薬 ( )

⑧女性の患者様へ

現在妊娠されていますか？ はい・いいえ・授乳中

また、妊娠の可能性はありますか？ はい・いいえ

自由診療(ご相談も含む)の場合、自費初診料 2200 円頂戴しております。

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。  
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 3点 加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)