

# 皮膚科問診表

ふりがな		生年月日
氏名	男・女	西暦・大・昭・平・令 年 月 日( 歳)
住所	〒	【15歳以下の方】 体重_____キロ
携帯電話		自宅電話

1. 今日診てもらいたい部位に○をつけてください。

2. 症状は？

湿疹・アトピー・かゆい・痛い・水虫  
いぼ・にきび・やけど・シミ・ケガ・できもの  
その他 ( )

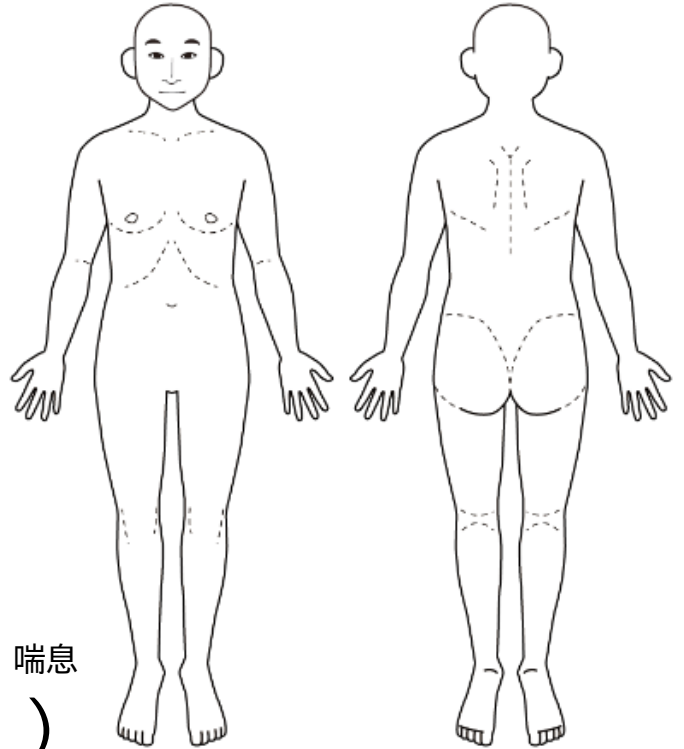
3. いつからですか？

( )

4. 今までに下記の病気にかかったことがありますか？

高血圧・心臓病・糖尿病・肝疾患・腎疾患・緑内障・喘息

その他 ( )



5. 薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか？

いいえ

はい →いつ・どのような症状でしたか？ ( )

6. 女性の方はお答えください。  妊娠中である  授乳中

7. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？

はい  いいえ

8. 初診料にいずれかの点数が加算されます。(医療情報・システム基盤整備体制充実加算)

◆(保険証と紐づけした)マイナンバーカードで受付した方(レ点を入れてください)

診療情報取得に同意します →2点

診療情報取得に同意しない →4点

◆従来の保険証で受付した方 →4点

当院では診療情報を取得・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致します。