

皮膚科問診表

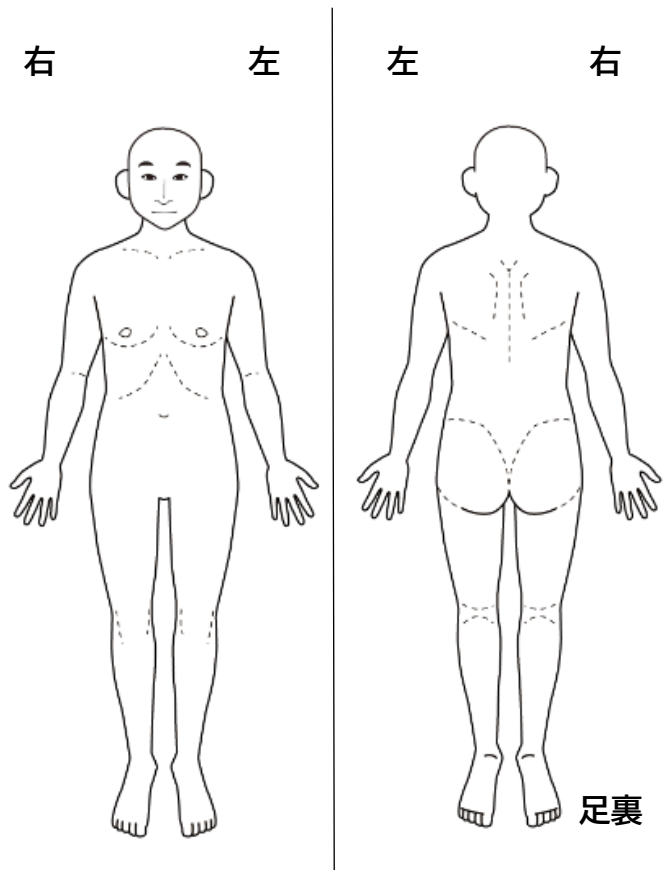
記入日 年 月 日

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

どのような症状ですか？

- ① かゆい ② 湿疹 ③ アトピー ④ ニキビ
- ⑤ 水虫 ⑥ いぼ ⑦ できもの ⑧ けが
- ⑨ 汗 ⑩ やけど ⑪ 痛い ⑫ 爪
- ⑬ ヘルペス ⑭ 乾癬 ⑮ 帯状疱疹
- ⑯ その他

症状のある部位に○を付けてください。



【自由診療】
シミ・AGA・ピアス・医療脱毛・美容

いつからですか？

現在、治療中の病気がありますか？
 高血圧・心臓病・糖尿病・肝疾患
 腎疾患・緑内障・喘息・脳疾患
 その他()

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 →原因() 症状()

女性の方はお答えください。
 妊娠中である 授乳中

本日はマイナンバーカードで受付し、『過去の情報を利用いたします』に同意されましたか？
 はい いいえ ↳お薬と、特定健診等

◆他院からの紹介状をお持ちの方は受付に提出してください。

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。