

No. _____

問診票

令和 年 月 日

※労災になる可能性のある方は、必ず受付時にお申し出ください。

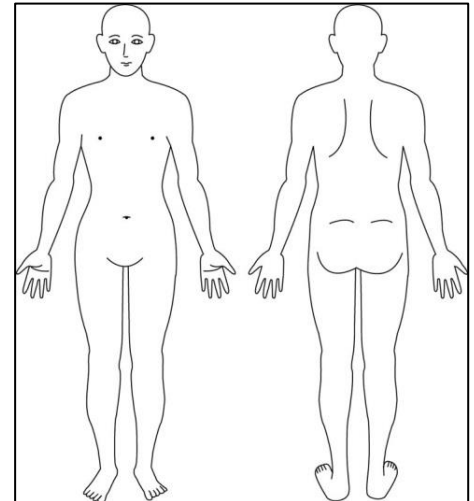
フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前			
生年月日	西暦 年 月 日生 (歳)	※住所は、医師法施行規則第 23 条で診療録に記載することが義務付けられています。 「正しく」記載ください。	
ご住所※	〒 - 連絡先(携帯電話など) - -		

※他医療機関からの紹介状をお持ちの方は必ず受付までお申し出ください。

※マイナ保険証を使用した方⇒保険証による情報取得に同意しましたか？ (はい・いいえ)

1. いつからどのような症状がありますか？患部に○をつけて下さい。

- ①いつから：() 前から
- ②症状：かゆい 痛い 赤い 腫れ かさかさ にきび 赤ら顔
皮膚のできもの いぼ ほくろ 脱毛症 多汗症
水虫 巻き爪 やけど ケガ
その他 ()
アレルギー検査(血液検査、パッチテスト) 花粉症治療希望



※自費診療をご希望の方：いぼ しみ 薄毛 美容注射 プラセンタ

2. 上記の症状で、治療を受けたことがあれば内容を教えて下さい。

()

3. 現在、ほかに治療中のご病気はありますか？ (あり・なし)

病名 () 薬 ()

↑お薬手帳をお持ちでしたら記載不要です。手帳をお見せ下さい。

4. 既往歴はありますか？ (あり・なし)

アトピー性皮膚炎 花粉症 喘息 高血圧 糖尿病 心臓病 肝疾患 腎疾患 肺疾患 膠原病
前立腺肥大 緑内障 B型肝炎 C型肝炎 HIV 輸血 その他 ()

5. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ (あり・なし)

「あり」の場合 → 薬・食べ物の名前 ()

6. この1年間で検診(特定検診及び高齢者検診)を受診しましたか？(はい・いいえ)

7. <女性の方> 現在、妊娠中・授乳中ですか？または妊娠の可能性はありますか？

いいえ 妊娠中(妊娠 週目) 妊娠の可能性あり 授乳中

8. 当院を何でお知りになりましたか？

当院 Web Google 検索 x(旧 twitter) Instagram 知人紹介 家が近い 職場(学校)に近い
その他 ()

日本橋室町皮ふ科