

年 月 日

皮膚科問診票

《自身の連絡先》

(携帯)

(自宅)

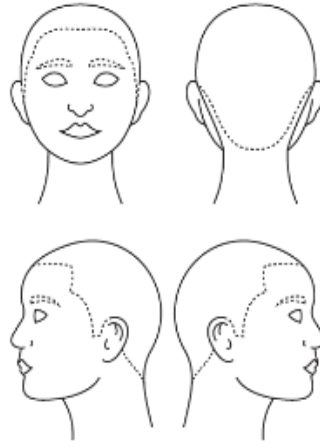
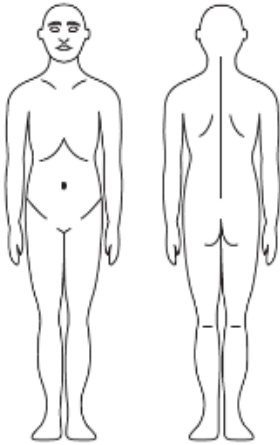
(氏名)

(年齢) 歳

(性別) 男 ・ 女

①どのような症状がありますか？(下図へ症状が出ている箇所には○をつけて下さい)

かゆみ 痛み ぶつぶつ かさかさ いぼ ほくろ できもの ニキビ
その他 ()



②いつ頃からですか？ () 頃から

③この症状で、現在あるいは過去に治療を受けていますか？ はい いいえ

「はい」の方…【診断名： 】 【医療機関名： 】

④現在、当院または他の医療機関に通院されていますか？

いいえ

はい (当院 他院 《診療科：内科 整形外科 皮膚科 泌尿器科 その他》)

※「はい」の方は下記の該当病名を○で囲んでください。

高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 肝臓病 脳疾患 前立腺肥大

その他 ()

・他院に通院中の方へお伺いします。本日、紹介状はお持ちでいらっしゃいますか？

いいえ はい ※「はい」の方は、紹介状を受付へご提出下さい。

★裏面に続きます

⑤現在、服用中のお薬はありますか？ はい いいえ

「はい」の方で、お薬手帳をお持ちであれば提出をお願いします。

お薬手帳をお持ちでない場合は、下記の枠内に記入をお願いします。

(薬剤名 :)

⑥今まで、お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

いいえ

はい (食べ物・薬剤名 :)

(症状 :)

⑦女性の方にお尋ねします。

現在は、妊娠中もしくは授乳中ですか？

いいえ はい【 週目】 授乳中

⑧マイナ保険証による診療情報取得にされていますか？ はい いいえ

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おります。
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 4点(マイナ保険証の利用がない場合)

加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)