

問 診 票

年 月 日

[ID] (皮膚科外来)

ふりがな 氏 名	(男・女)	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 齡	歳
			年 月 日		
住 所	〒 ー				
電 話	自宅 ()	本人携帯 ()	緊急連絡先 ()	続柄[]	
身長: cm 体重: kg 体温: °C 職業:					

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか

いいえ・はい(直近1ヶ月以内の処方薬以外は【5】の記入省略可)

【1】どのような症状がありますか
()

具合の悪い所を
絵に○印で囲って下さい

【2】いつ頃から悪くなりましたか

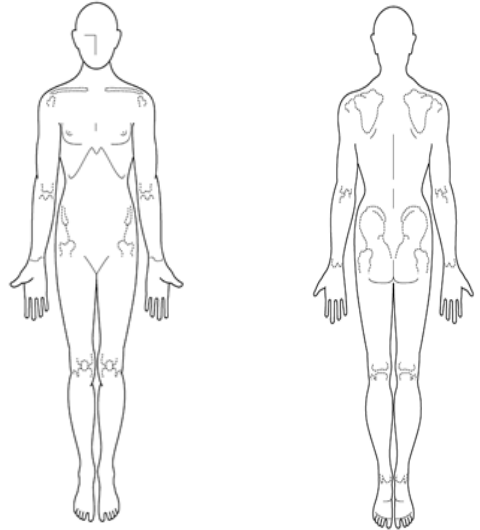
- 1) 本日 2) 昨日 3) () 日前
4) () 週間前・() ヶ月前・() 年前

【3】他院で診察または治療を受けられたことがありますか

いいえ・はい(差支えなければ病院名/治療内容等ご記入下さい)

病院名 (医院・クリニック・病院・診療所)

どのような検査を受けられましたか
()



【4】今までかかった病気や現在治療中の病気がありますか

いいえ・はい (心臓・肝臓・腎臓・糖尿病・高血圧・不整脈・胃・
血液の病気・腸の病気・眼の病気・骨折・
喘息・アレルギー鼻炎・アトピー性皮膚炎・蕁麻疹・その他())

【5】現在飲んでいる薬はありますか(経口避妊薬・市販薬(サプリメント、ドリンク剤等)を含めて)

いいえ・はい()

【6】お薬手帳はありますか

いいえ・はい (本日持参している・自宅に持っている)

【7】薬や注射で発疹が出たり、アレルギー体質だといわれたことがありますか

いいえ・はい 何でアレルギーがでましたか
(飲み薬・注射・造影剤・食物・金属・消毒用アルコール・
テープ類・薬品名および食物名())

裏面もご記入下さい

