

皮膚科問診票

ふりがな

お名前 _____ 男・女

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

住所 〒 _____

TEL _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg 今日の体温 _____ °C

携帯 _____ (外出時等連絡がとれますようにご記入をお願いします)

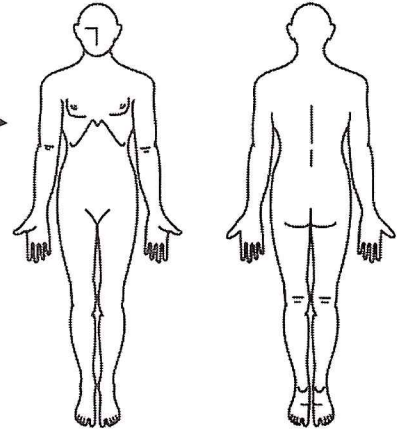
① 今日はどうされましたか？ (いつからどのような症状があるか教えてください)

・いつ頃からですか？

_____ 年前・ _____ か月前・ _____ 日前・本日 _____ 時頃から

・症状のあるところはどこですか？右図に○をつけてください

・症状 かゆみ 痛み 赤み 皮むけ その他 (_____)



※お顔の診察ご希望の方は、診察前にお化粧を落としていただきますようお願いいたします(メイク落としが必要な方は受付にお声がけください)

② この症状で現在または過去に治療を受けましたか？

はい (病名: _____ 治療内容: _____) いいえ

その治療で変化はありましたか？ よくなった 悪くなった 変わらない

③ 過去にかかったことのあるご病気があれば教えてください (病名、時期、治療内容、医療機関名等)

④ 現在、他の医療機関に通院中のご病気があれば教えてください (病名、医療機関名等)

⑤ 現在、処方されているお薬があれば教えてください。お薬手帳がある方は受付にご提出ください。
(マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1か月以内の処方薬を除き、記載不要です)

⑥ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい (受付に提出ください) いいえ

裏面もございます

⑦ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい いいえ

⑧この1年以内に健診（特定健診・高齢者健診等）を受診しましたか？

はい（ 年 月 指摘事項： ）

いいえ

⑨これまでにお薬や食品等でアレルギーを起こしたことがありますか？

はい（品目/症状： ）

いいえ

⑩女性の方のみお伺いします。

妊娠されていますか？ はい（ 週） いいえ 可能性あり

授乳されていますか？ はい（お子様の年齢 歳 か月） いいえ

⑪お薬についてお伺いします。できれば処方を受けてほしい（苦手な）お薬はありますか？

錠剤 粉薬 水薬（シロップ） カプセル 漢方薬 特になし

⑫当クリニックを何でお知りになりましたか？

当院ホームページで

医療系検索サイトで（サイト名： ）

目黒区の検診案内を見て

通りがかり

かかりつけの先生からの紹介（病医院名： ）

チラシ・リーフレットを見て

ご家族・ご友人の紹介（お名前： ）

その他（ ）

ご記入ありがとうございました。ご記入されました個人情報に関しましては、当クリニックでの診療以外には使用いたしません。なお、匿名での対応をご希望の方は受付までお申し出ください。

当院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて診療情報を取得・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いたします。

洗足駅前クリニック
SENZOKU STATION CLINIC