

皮膚科問診票

ID _____

ふりがな
お名前 _____

日付 _____

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、マイナ保険証およびオンライン資格確認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…6点/加算 2…2点(マイナ保険証を利用した場合)

当院ではお預かりした個人情報個人情報は個人情報保護法に従い、適正かつ安全に管理・運用いたします。

◆マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意します (はい いいえ)

◆他の医療機関からの紹介状はお持ちですか? (はい いいえ)

1. 本日受診した症状について教えてください

具合が悪い部位を右の図に○をつけてください→

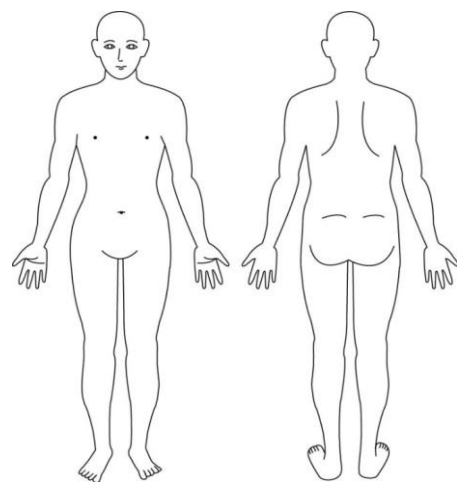
【 _____ 】

その症状はいつ頃から出て、どのように経過しましたか?

【 _____ 】

※発熱がある方→

来院時の体温 _____ °C



2. 現在、他の医療機関に通院していますか? (はい いいえ)

どのような事で通院されていますか?

【 _____ 】

現在、他の医療機関から処方されている薬はありますか? (はい いいえ)

薬の名前(_____)

お薬手帳はお持ちですか? (はい いいえ)

3. これまで大きな病気にかかったことはありますか? (はい いいえ)

その病名はなんですか?

【 _____ 】

4. この1年間で健康診断を受けましたか? (はい いいえ)

健診結果で何か指摘されましたか? (はい いいえ)

【 _____ 】

5. これまで薬や食品でアレルギーを起こした事がありますか? (はい いいえ)

【 _____ 】

女性の方のみお答えください

現在妊娠していますか? はい (_____ ヶ月) ・ いいえ ・ 閉経 (_____ 歳)

現在授乳していますか? はい ・ いいえ