ID：　　受診日　　年　　月　　日

問診票

ふりがな

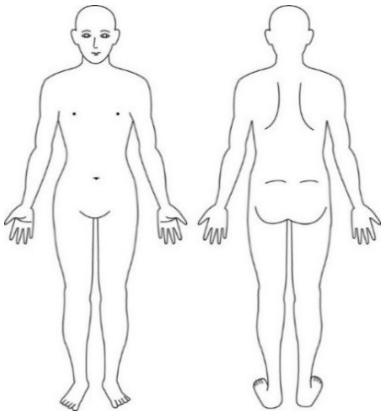
◎名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　男　・　女　）

◎生年月日　　年　　月　　日　生　（　　歳）

◎住所　〒　　ー　　県　　市・郡

町・区　　番地

◎携帯電話番号　　－　　－　　◎自宅電話番号　　－　　－



1.今日診察する症状はいつ頃からですか？（　　頃から）

2.その症状はどこですか？　（右の図にも○をつけてください）

頭・顔 ・目 ・耳 ・首 ・胸 ・わき・お腹 ・ 腕 ・手 ・背中 ・腰 ・足

太もも・すね・ 股 ・お尻 ・ 陰部 ・ 手爪・足爪・その他（　　）

3.どのような症状でお困りですか？○をつけてください

赤い・痛い・かゆい・皮剥け・乾燥・ブツブツ・水ぶくれ・じゅくじゅく

汗の悩み・イボ・ケガ・やけど・ニキビ（治療歴　有 ・ 無）・その他（　　）

4.他医療機関からの紹介状がありますか?　はい（受付にご提出ください）　いいえ

5.過去にかかっていた病気（皮膚科以外も）があればご記入ください。

（　　）

6.今までけいれんをおこしたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

7.現在治療中の病気がありますか？（ はい ・ いいえ ）医療機関名（　　）

はいの方･･･糖尿病・高血圧・心疾患・肝臓疾患・腎臓疾患・緑内障・喘息・その他（　　）

8.内服中の薬、使用中の外用薬があればご記入ください※薬手帳があればご提出ください

（　　）

9.お薬を飲んでアレルギーを起こしたことがありますか?（ はい ・ いいえ ）

はいの方･･･お薬の名前（　　）

10.女性の方のみ　妊娠中（妊娠の可能性あり）（ はい　ヶ月 ・ いいえ ）　授乳中（ はい ・ いいえ ）

11.小学生以下の方のみ　体重　　ｋｇ

飲めない物には○をつけてください（ 錠剤 ・ カプセル ・ 粉薬 ・ シロップ ）

・マイナ保険証で受付された方→マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか　はい　いいえ

・４０歳以上の方→この１年間で特定健診又は高齢者健診を受診しましたか　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。

ご記入が終わりましたら、受付スタッフへお渡しください

※尚、当院における個人情報は、診療および診療報酬請求目的以外には使用いたしません