

皮膚科問診票

マイナ保険証

ふりがな				生年月日	
お名前	男・女	大・昭・平・令	年	月	日(歳)
ご住所	〒			体重(15歳以下の方)	Kg
携帯番号				ご職業	
電話番号	()				
お会計時、診療明細書の発行(無料。医療費控除に診療明細書は不要です)を希望されますか？					
<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する					

① 今日はどのような症状で来院されましたか？

かゆみ・痛み・水虫・巻き爪・にきび・ホクロ除去・やけど(労災の方は受付にお声かけ下さい)
 花粉症・アレルギー検査(金属・小児の検査は他院紹介となります)
 その他()

② 診察を希望される部位を右の図に○を付けてください →

③ その症状はいつ頃からですか？

[]

④ それについて、今までにどこかで治療されていますか？

いいえ・はい [どこで? :]

[治療薬など具体的に:]

⑤ 薬(内服薬、注射)の **アレルギー** はありますか？

無・有

薬の名前が分かれば書いてください

[抗生物質・かぜ薬・痛み止め・局所麻酔薬・その他(薬品名)]

⑥ 今までかかった病気を教えてください

糖尿病(HbA1c:)・高血圧・心臓病・肝臓病・腎臓病・がん・透析中
 緑内障・前立腺肥大症・アトピー性皮膚炎・その他()

⑦ 現在、内服中の薬はありますか？本日お薬手帳があれば **受付** でお渡しください

無・有(薬剤名:)

⑧ 現在、妊娠・授乳中 ですか？(男性の方は記入不要です)

妊娠していない 妊娠の可能性がある 妊娠中 授乳中

⑨ 当院にご来院されたきっかけを教えてください

知人/家族の紹介・ホームページ・近いから・その他()

他の医療機関からの紹介(病院名:)

⑩ 当院では保険診療の他に自費診療(保険対象外)を行っていますが、治療はご希望でしょうか？

シミ そばかす 肝斑 ほくろ しわ 毛穴 にきび痕 ※ビタミン剤等の内服は自費診療です。

しみ・肝斑・そばかすの診察希望の方は化粧を落として頂きます。化粧落としは受付にお声かけ下さい。

