

皮膚科問診票

しおはら小児科・皮膚科クリニック

令和 年 月 日

ふりがな お名前		生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日	男 女
ご住所	〒		電話番号
職業・学年		仕事・学校での負傷・病気ですか？	はい いいえ
マイナ保険証による診療情報取得 ・同意する ・同意しない ※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。			

1. 今日は皮膚の何カ所の診察を希望されますか？

- ・ 1カ所 ・ 2カ所 ・ 3カ所以上

2. 発疹や症状はどこの方所でしょうか？

右の図で発疹や症状のある部分すべてに
○をつけてください。

3. 受診された主な症状についておたずねします。

1) どういう発疹や症状でしょうか？

- ・ かゆい ・ 痛い ・ 発疹 ・ ほくろ
・ いぼ ・ にきび ・ むしきされ ・ やけど
・ その他：

2) いつごろからでていますか？

3) 今回の症状で他の医療機関にかかりましたか？

- ・ いいえ ・ はい：医療機関名；
紹介状 あり ・ なし

4) 皮膚症状のために使用している処方薬・市販薬があれば記載してください。

4. 現在治療中の病気はありますか？ ・ あります ・ ありません

*ある場合は医療機関名、病名、内服薬を記載してください。お薬手帳があればありがたいです。

5. 過去に癌・手術など大きな病気をされたことがあれば、年齢と病名を記載してください。

6. 以前に薬が原因の発疹などがでたことがありますか？ ・ あります ・ ありません

*ある場合は薬品名と症状を記載してください。

7. この1年間で検診(特定検診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか？

- ・ いいえ ・ はい(受診時期 指摘事項)

8. (対象の方のみ) 妊娠中、妊娠の可能性、授乳中であれば記載してください。

9. 当院をお知りになったきっかけは何ですか？ いくつでも○をお願いします。

当院のホームページ(PC・携帯) 看板 家族・知人の紹介 自宅・学校・職場に近い

