

# 問診票

令和 年 月 日



医療法人 社団慈仁会  
修善寺クリニック

【皮膚科初診用】

下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。

ふりがな お名前		男	生年月日	昭・平・令	年	月	日生
		女	年齢	歳	職業		
ご住所	〒			電話番号	( )		
				携帯電話	( )		
				緊急連絡先	( )		

1) いつごろから、どういう症状がありますか？ ※ 見て欲しい部位に○または⊗印をつけて下さい。

① いつからですか？

( 日前) ( 週間前) ( ヶ月前) ( 年前)

② どんなふうですか？ ○をつけて下さい。

かゆみ ・ 痛み ・ かゆくも痛くもない

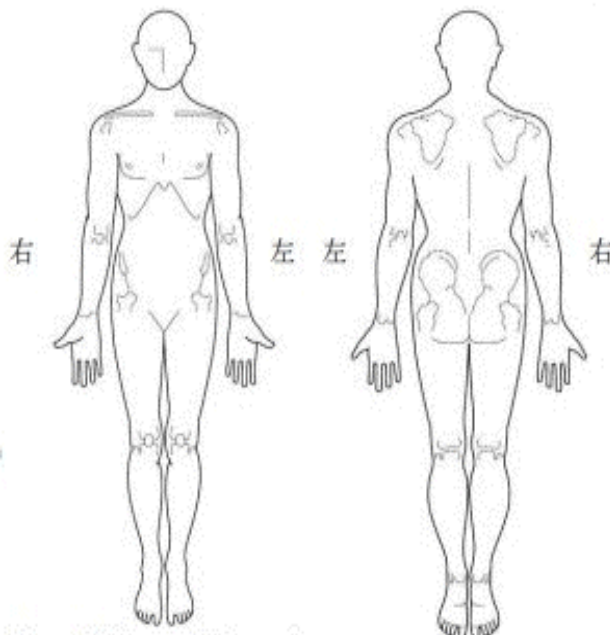
熱がある ・ その他 ⇒ \_\_\_\_\_

③ それについて治療を受けたことがありますか？

ない ・ ある (売薬を付けた) (病院で治療した)

お薬の名前や治療内容がわかれば教えてください

⇒ \_\_\_\_\_



2) 今までにどんな病気をしましたか？ ない ・ ある

ある場合 ⇒ 前立腺肥大症 ・ 緑内障 ・ アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ 高血圧

心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 糖尿病 ・ 結核 ・ 喘息

その他の病気 ⇒ \_\_\_\_\_

3) 現在飲んでいる薬はありますか？ ない ・ ある (お薬手帳があれば掲示してください)

お薬の名前 ⇒ \_\_\_\_\_

4) 今までに薬による副作用(アレルギー)はありましたか？

ない ・ ある ある場合にはどのような症状(内容)でしたか ⇒ \_\_\_\_\_

5) 女性の方へ

① 現在妊娠していますか？ いいえ ・ はい( ヶ月) ・ 妊娠しているかもしれない。

② 現在授乳中ですか？ いいえ ・ はい

マイナ保険証による診療情報取得について  同意する

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。