

大木皮膚科問診表

(年 月 日)

ふりがな

生年月日

氏名

(男・女) 大・昭・平 年 月 日生 (才)

ご住所 (〒 —) 都道府県 市区町村

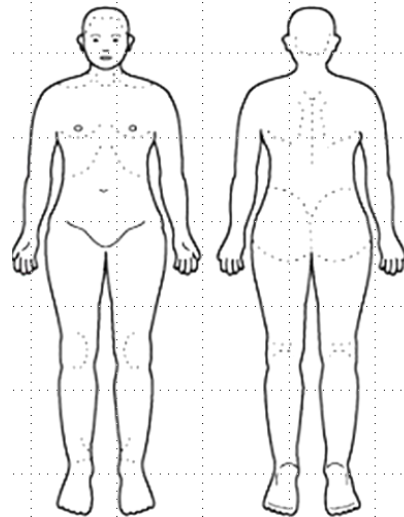
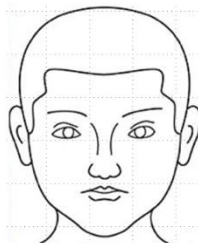
電話 (— —)、携帯 (— —)

※ご本人の連絡先でない場合は続柄をご記入ください。(続柄:)、※7歳以下のお子さんの体重 kg

※確認のためお名前をお呼びすることがございますが、呼名によって支障がある方は、事前に受付までお申し出ください。

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

- いつ頃から ()
※例) ○月 ○日から もしくは ○○日前から
- どの部位に (右図に○をつけて下さい)



- どのような症状で (下記に○、もしくはご記入ください)

湿疹 じんましん アトピー にきび 水虫・爪水虫

巻き爪 魚の目 いぼ 水いぼ ヘルペス ほくろ

痒み (+・-)・痛み (+・-)

その他具体的に⇒ ()

- なにか原因として思い当たることはありますか？

※ご相談内容は2つ以内でお願いいたします。また、ご相談内容が複数の方は優先順位を記入してください。内容により次回以降など複数回に分けて診療いたします。枠内に書ききれない場合は裏面にご記入ください。

2. 上記の症状で現在あるいは過去に治療を受けていますか。

(はい ・ いいえ) ※お薬手帳があれば一緒にご提示ください ※紹介状 (あり ・ なし)

「はい」の方…具体的な薬や治療内容⇒

3. 今までにした病気・現在治療中の病気があればお書きください。

糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 アレルギー性鼻炎(花粉症) 喘息

その他の病気・使用中のお薬など⇒ ()

4. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

抗生物質 ・ かぜ薬 ・ 痛み止め ・ 局所麻酔薬 ・ 卵 ・ 牛乳 ・ 小麦

薬もしくは食べ物の名前⇒ ()

5. 車の運転をよくする (はい 、 いいえ)、風邪薬などで眠くなりやすい (はい 、 いいえ)

6. 女性の方のみお答えください。現在、(妊娠 (力月・予定日: 月 日) ・ 授乳中 ・ 妊娠可能性+) です。

7. 当てはまる方のみお答えください (仕事上のけが ・ 事故のけが ・ 通勤中のけが)

8. どのようにして当院をお知りになりましたか？

・ ご家族より ・ 知人の紹介 () ・ 駅、電柱などの看板・インターネット・その他 ()

9. 診察に際してご要望があればお書きください。

10. マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？(はい ・ いいえ)

※当院は診察情報を取得・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。