

年 月 日

皮膚科問診票

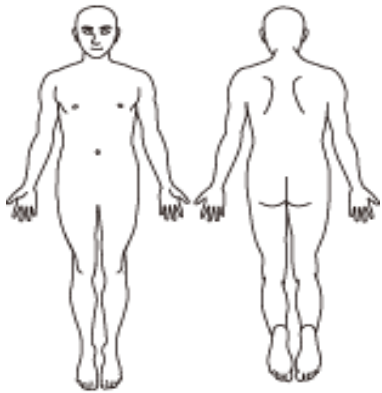
カルテNO

フリガナ		男・女	電話番号	(携帯・自宅) ※連絡がつく番号を優先にご記入下さい	
氏名				()	()
			職業		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (才)		住所	〒 - (初診・住所変更の方はご記入下さい)	
本日マイナンバーカードを保険証として利用しましたか？			利用した ・ 利用していない(保険証提示)		
利用した場合は薬剤情報等を提供することに同意しましたか？			同意した ・ 同意していない		

美容皮膚科のご相談、治療はすべて**保険適用外**となります。別途カウンセリング料がかかります。ご了承ください。

1) 本日の症状についてお聞きします。

- ・左の図の症状があるところに○をつけて下さい。
- ・いつ頃からですか。() から)
- ・どのような症状ですか
かゆい 痛い ぶつぶつ かさかさ
赤み 水ぶくれ やけど 水虫 ニキビ
いぼ タコ/魚の目 じんましん アトピー ピアス
その他 ()
- ・思い当たる原因があれば書いて下さい。
原因 ()



2) 本日他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい ・ いいえ

3) この症状で、現在あるいは過去に治療を受けた事がありますか。
「はい」の方 → 医療機関名 ()
病名 () はい ・ いいえ

4) これまでにかかった病気、または現在治療中の病気に○をつけて下さい。
高血圧 ・ 糖尿病 ・ 喘息 ・ 胃潰瘍 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ リウマチ
痛風 ・ 脳梗塞/脳卒中 ・ 前立腺肥大 ・ がん/腫瘍 ・ 甲状腺の病気 ・ 緑内障
心療内科疾患 (うつ、不安神経症など) ・ その他 ()
医療機関名 ()

5) 現在、何かお薬をのんでいますか？「はい」の方→お薬手帳をご用意下さい。
お持ちで無い方 (お薬の名前:) はい ・ いいえ

6) 今までお薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか。
「はい」の方→お薬・食べ物の名前 () はい ・ いいえ

7) 普段、自動車の運転など、危険を伴う機械の操作をしていますか はい ・ いいえ

8) 女性の方にお尋ねします

- ・現在妊娠中ですか？ 「はい」の方→【 】週
- ・授乳中ですか？

はい ・ いいえ

9) 当院へは何を見て来院されましたか。○をつけて下さい
1.知人の紹介 2.ご家族が通院されている 3.通りがかり 4.ホームページ 5.グーグルマップ
6.広告をみた () 7.その他 ()

10) 当院では保険外治療も実施しています。ご興味のあるものに○をつけて下さい。
本日美容カウンセリングは希望されますか？ はい ・ いいえ

1.しみ 2.しわ・たるみ 3.薄毛 4.毛穴・ニキビ跡 5.その他 () 6. ご紹介不要

ご協力ありがとうございました。診察までしばらくおまちください。

○当院は、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の情報の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の活用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1：4点 加算2：2点(マイナ保険証を使用した場合)