

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		

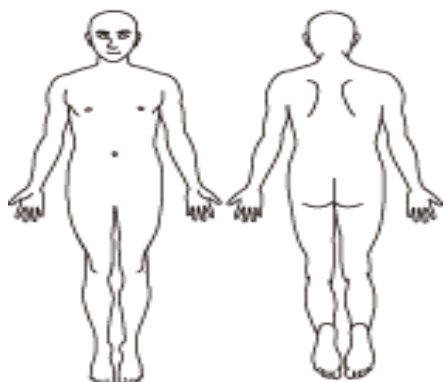
美容皮膚科のご相談、治療はすべて保険適用外となります。別途カウンセリング料がかかります。ご了承ください。

1) 本日の症状についてお聞きします。 ※ご相談内容を全てお書き下さい

- ・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 じんましん アトピー
ニキビ (イソトレチノイン希望 有・無) いぼ タコ/魚の目 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) 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 () はい ・ いいえ
病名 ()

3) 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 ()

4) 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

5) 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

6) 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

7) 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

8) 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.その他 ()

9) 本日はどのような交通手段でご来院されましたか。
1.徒歩 2.自転車 3.バイク 4.車 5.バス 6.電車 (地下鉄・ JR ・ 阪急)

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。