爪と皮膚の診療所 形成外科・皮膚科　問診表

日付　　年　　月　　日

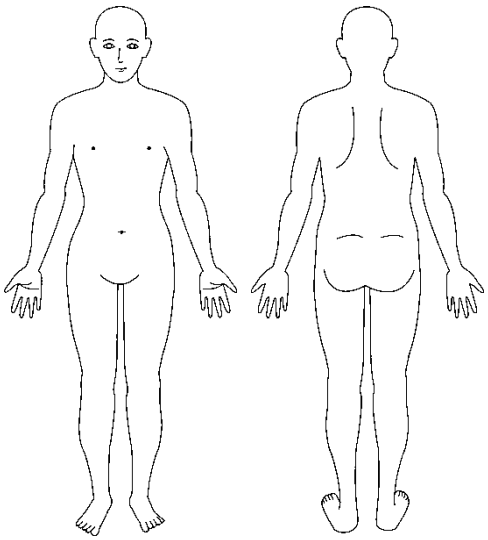
フリガナ			
お名前	（　男　・　女　）		
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　　（　　歳）		
ご住所	〒	職業	
電話番号	自宅	携帯	

身長　　cm　　体重　　ｋｇ　　※労災・自賠責には対応しておりません

◎本日はどうなさいましたか？

症状の出ている部位に〇をつけてください

（　　）



◎それはいつからですか？

（　　）

◎今回のご症状で他の医療機関を受診したことがありますか？

ない・ある（医療機関名　　）

◎現在、服用しているお薬（市販品を含む）や使用している塗り薬などはありますか？　※お薬手帳　を受付にお出しください。

ない・ある（薬名：　　）

◎抗凝固薬（血液サラサラの薬）　を服用していますか？

いいえ・はい（ワーファリン・バイアスピリン・プレタール・他（　　）

◎今までにかかった病気、または　現在治療中の病気　はありますか？

ない・ある　　高血圧・高脂血症・糖尿病（HbA1c：　　%）・痛風・狭心症

緑内障・心筋梗塞・気管支喘息・他（　　）

◎アレルギーが出たことはありますか？

ない・ある　薬(薬名:　　)・麻酔・金属・食物・花粉・化粧品　他(　　)

◎アトピーと言われたことがありますか？　　ない・ある

※（女性の方のみお答えください）１．現在妊娠中ですか？　　２．授乳中ですか？

いいえ・はい（　　週目）　　いいえ・はい

◎本日マイナ保険証で受診されますか？	はい　・　いいえ
オンライン資格確認・診療情報取得に同意する	はい　・　いいえ
過去１年間に特定健診か高齢者検診は受診しましたか？	はい　・　いいえ

※当院では診療情報を取得・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します。