

あおぞら皮膚科 問診票

年 月 日

フリガナ			生年月日 (大正・昭和・平成・令和)		
お名前				歳	男・女
ご住所	〒 ー		ご職業		
電話番号	(自宅)	(携帯)	小児体重	kg	

1. どんな症状がありますか？

☆いつから：()

☆部位：右図に印とご記入ください。

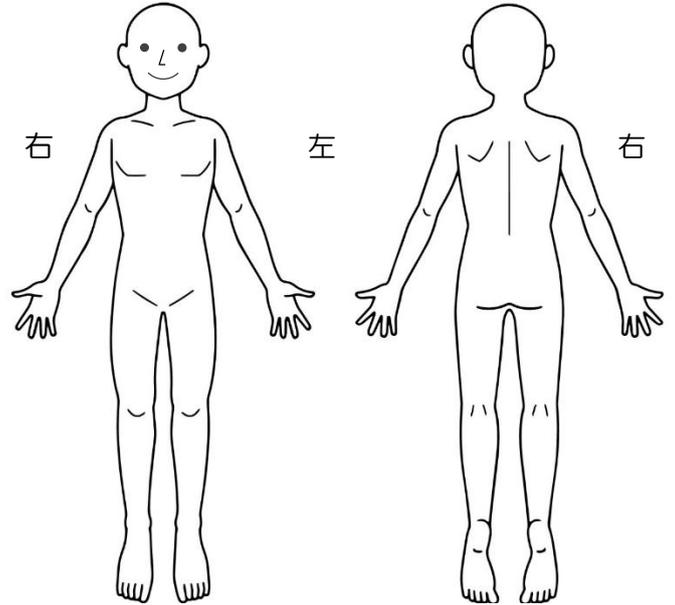
()

- ☆症状：・かゆい・痛い・赤い・腫れ・膿み
 ・ぶつぶつ・かさかさ・皮めくれ・ホクロ
 ・イボ・ニキビ・多汗・魚の目・巻き爪
 ・脱毛症・その他 ()

☆治療を受けていましたか？ (はい・いいえ)

☆はいの方は治療内容をご記入ください

()



2. 現在治療中の病気はありますか？

- ・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎 (花粉症)・喘息・糖尿病・心臓病・高血圧・胃潰瘍
- ・肝疾患・腎疾患・膠原病・前立腺肥大・緑内障・その他 ()

過去にかかったことのある病気があればご記入ください ()

※現在飲んでいるお薬があればご記入ください ()

※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください

3. 手術歴 (なし・あり) →いつ頃 () 病名 ()

4. アレルギーはありますか？ (いいえ・はい) →アレルギー内容 ()

5. 治療についてのご希望をお聞かせください

- ・健康保険の範囲内で治療
- ・保険適用外の治療も希望

6. ステロイドを使用する治療について

- ・絶対に使いたくない
- ・必要に応じて使用するの構わない
- ・わからない

7. (女性の方へ) 現在、妊娠中ですか？また、その可能性はありますか？

- ・妊娠している (カ月)
- ・可能性あり (妊活中含む)
- ・可能性なし
- ・授乳中

8. 当院にご来院されたきっかけは？

- ・知人家族の紹介
- ・医療機関からの紹介
- ・ホームページ
- ・近所
- ・その他 ()

9. マイナ保険証による診療情報の取得に (同意します・同意しません)

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算 1 6点 加算 2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)