

あおぞら皮膚科 問診票

年 月 日

フリガナ			生年月日（西暦）		
お名前			年 月 日	歳	男・女
ご住所	〒 —		ご職業		
電話番号	(携帯)	(携帯)	小児体重		k g

◇今日みてもらいたい症状について

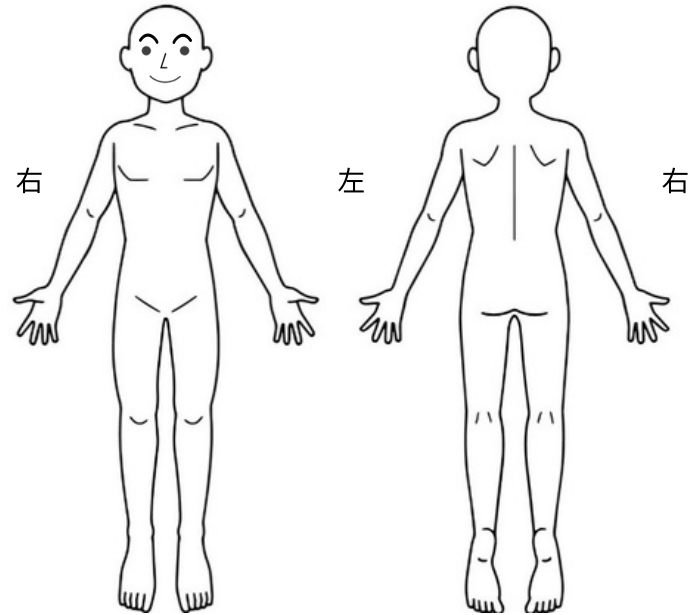
いつから：（ ）

部位：右図に○とかっこ内に部位をご記入ください
（ ）

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・タコ・巻き爪・脱毛症
やけど・アカギレ・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
（ ）



◇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（ ）

※現在使用しているお薬はありますか？（はい・いいえ）

マイナンバー保険証で過去のお薬の情報提供の同意いただけましたか？（はい・いいえ）

※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出しください

※マイナの同意またはお薬手帳がない方はお薬の情報を記入ください
（ ）

1. 手術歴（なし・あり）⇒いつ頃（ ） 病名（ ）

2. アレルギーはありますか？（いいえ・はい）⇒アレルギー内容（ ）

3. 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

4. （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（ ）ヶ月 ・可能性あり（妊活中含む） ・授乳中 ・可能性なし

5. 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（ ）

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。