

## 皮膚科問診票（はじめて受診される方へ）

以下の質問は重要ですので、できるだけ正確に記入してください。

記入日 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 性別（男・女） \_\_\_\_\_ 同居人（あり・なし） \_\_\_\_\_

住所 〒（ ） \_\_\_\_\_

電話番号（ ） \_\_\_\_\_ 職業（ ） \_\_\_\_\_

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 年齢（ ）歳 13歳未満の方 体重（ ）kg

- マイナ保険証による診療情報取得に同意 する しない 持っていない
- 他の医療機関からの紹介状 あり なし
- 今日はどうされましたか？（いつから どこに どんな症状かをご記入ください）

- その症状について治療をしましたか？

病院・医院 市販の薬 いいえ

- 現在、治療中の病気はありますか？（はい・いいえ）

（例：糖尿病、高血圧、胃潰瘍など）

- 現在使用中の外用薬、内用薬はありますか？（はい・いいえ）

使用中の薬品名を記入してください。

- 薬に対する過敏症はありますか？（はい・いいえ）

ある方は薬品名をご記入ください。

- 過去に大きな（手術・入院など）病気をしましたか？

はい（ ） いいえ

- あなたを含めて家族の方に下記アレルギー疾患の方はいらっしゃいますか。

（はい・いいえ） 該当される方がいれば○印を入れてください。

・アトピー性皮膚炎（本人、父母、兄弟姉妹、子供、その他）

・ぜんそく（本人、父母、兄弟姉妹、子供、その他）

・アレルギー性鼻炎・花粉症（本人、父母、兄弟姉妹、子供、その他）

・その他（ ）（本人、父母、兄弟姉妹、子供、その他）

- 女性の方へ。

・妊娠していますか？（している・していない）（ ）ヶ月

・授乳中ですか？（はい・いいえ）

- 40歳以上の方 この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？

はい いいえ

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）