

皮膚科 問診票

【名前 _____】 年 月 日

1. 本日は、どうされましたか？

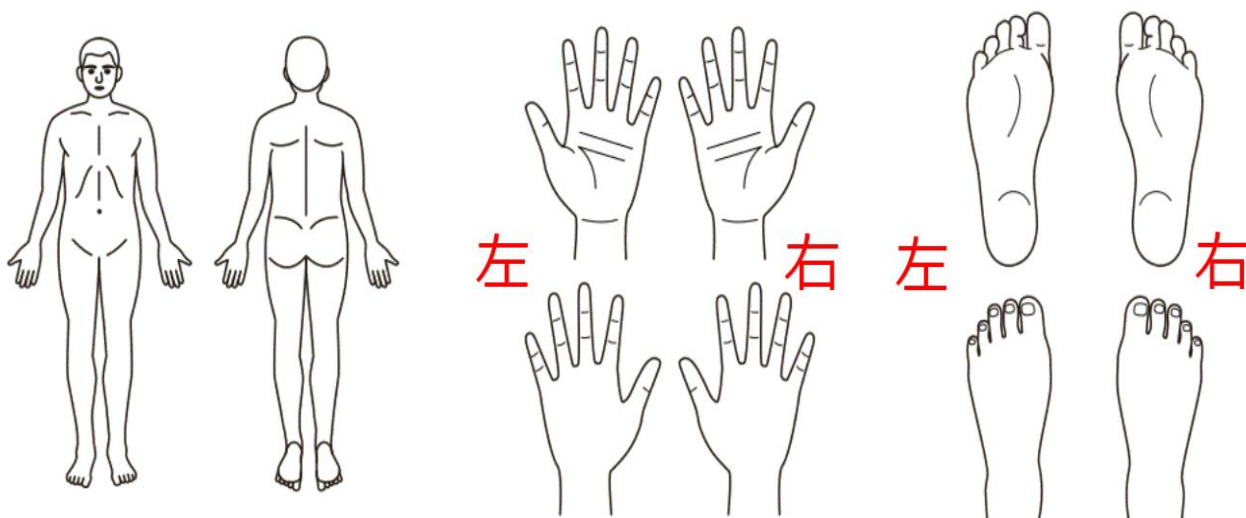
いつから： _____

部位： _____

症状： _____

原因はありますか： _____

★具合の悪いところを図に示してください



2. 定期的に診察を受けている疾患はありますか？ どちらの医療機関にかかっていますか？

ない ある (_____)

3. いつも服用されているお薬はありますか？

ない ある (内容： _____)

4. 血がとまりにくくなる薬を服用されてますか？ (バイアスピリン・ワーファリン・プラビックスなど)

ない ある (内容： _____)

5. 今までに入院したことや、手術をうけられたことはありますか？ また何才ごろですか？

ない ある (_____)

6. アレルギーはありますか？ (薬・注射・食べ物 (果物含む)・ゴム製品などで蕁麻疹やショックなど)

ない ある (_____)

7. 女性の方のみご記入ください。

① 現在、妊娠の可能性はありますか？ (ある ない わからない) 最終月経 _____ 月 _____ 日

② 現在、授乳中 (はい：産後 _____ 年 _____ か月)

③ 現在、ピル・女性ホルモンを服用されていますか？ (はい：内容 _____)

→裏面もあります

- マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか

はい いいえ

- 他の医療機関からの紹介状はありますか

はい いいえ

- 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

※マイナ保険証による診療情報取得に同意された方は記載不要です

はい （受診時期：____年____月 指摘事項：_____）

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致します。

◆医療情報取得加算（初診時）1点

（再診時）1点（3月に1回に限り算定）

野洲病院 皮膚科 （ 2024.12 改訂 ）