皮膚科問診表

記入日　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日
氏名	男 ・ 女	西暦 ・大・昭・平・令 年　　月　　日(　　歳)
住所	〒	【15 歳以下の方】 体重＿＿＿＿＿キロ
携帯電話		自宅電話

どのような 症状ですか？

① かゆい ② 痛い ③ 湿疹 ④ できもの

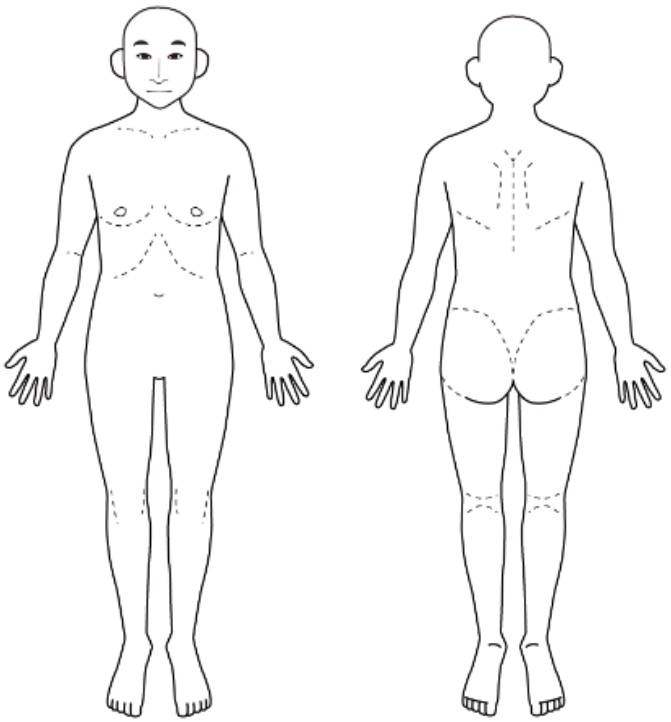
⑤ 水虫 ⑥ いぼ ⑦ やけど ⑧ けが

⑨ 汗 ⑩ アトピー ⑪ ニキビ

⑫ その他(　　)

【自由診療】シミ・AGA・ピアス・医療脱毛・美容

症状のある部位に〇を付けてください。



いつからですか？

1 週間以内に発熱がありましたか？

☐ はい　☐ いいえ

今までに下記の病気にかかったことがありますか？

高血圧 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 肝疾患
腎疾患 ・ 緑内障 ・ 喘息 ・ 脳疾患
その他(　　)

薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか？

☐ いいえ

☐ はい →いつ･どのような症状でしたか？

女性の方はお答えください。 ☐ 妊娠中である ☐ 授乳中

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

本日はマイナンバーカードで受付されましたか？

☐ はい

☐ いいえ

マイナンバーカードで受付※	初診	2 点
	再診	―
保険証で受付※	初診	4 点
	再診	―

※月に1度

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致します。