

問診票

診察日 令和 年 月 日

下記質問へのご回答をお願いします。診察の参考とさせていただきます。

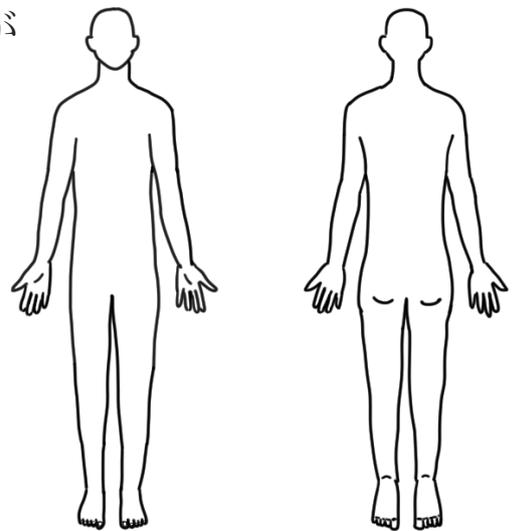
【お名前】 _____ 【性別】 男・女 【ご職業】 _____

【生年月日】 昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 【ご年齢】 _____ 歳

※マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？(はい・いいえ)

I. 今回、皮膚科または形成外科での診察希望の症状について。

1. いつからですか？()
2. どのような症状ですか？()
3. 体のどの部分ですか？(図示可)()
4. 今までに上記症状のため治療を受けたことがありますか？(自己加療含め)
(ない、ある→5へ)
5. 治療を受けた医療機関(病院/医院)、
時期や期間、内容(飲み薬、外用剤等)、
病名など(分かる範囲で結構です)



()

II. その他

- 体に合わないお薬(薬剤アレルギー等)はありますか？
(ない、ある：薬名)
- 今までに大きな病気をしたことがありますか？
(ない、ある：病名、いつ頃)
- 現在、治療中の病気はありますか？(病名、受診中の医療機関名)
(ない、ある：病名等)
- 現在、服用している薬(または健康食品等)はありますか？
(ない、ある：薬名、いつから)
- 今までに肝臓や腎臓の異常を指摘されたことがありますか？
(ない、ある、不明)
- 女性の方へ、現在、妊娠または妊娠の可能性はありますか？
(ない、ある：妊娠 _____ ヶ月)

※ご協力有難うございました。お名前が呼ばれるまで、しばらくお待ちください。

医療法人 関内科医院 皮膚科・形成外科