

皮膚科問診表



袖ヶ浦メディカルクリニック
Sodegaura Medical Clinic

体温 _____ °C

記入日： 年 月 日

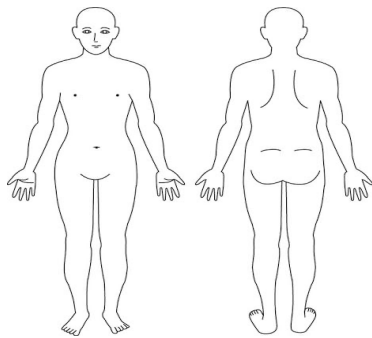
フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 _____		
携帯番号 電話番号	_____		

【マイナ保険証をご提示の方へ】 当院では診療情報の取得・活用により質の高い医療提供に努めております。
マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得に同意しますか？ はい いいえ

どんな症状ですか？

- かゆい 赤い ブツブツ カサカサ・乾燥 腫れ 痛い しこり いぼ タコ・うおのめ
 にきび 粉瘤 やけど 水ぶくれ アトピー じんましん 虫刺され キズ・けが
 巻き爪 水虫 ほくろ ピアスの穴開け 美容皮膚科 その他 ()

症状のある部位を○で囲んでください。



他の医療機関からの紹介状はありますか？

- なし あり

紹介状がある場合は、受付にお渡し願います。

症状はいつ頃からありますか？

() 頃から

受診以前にこの症状で何か治療されましたか。

病院場所() 薬の名前()

現在、治療中の病気はありますか？ なし あり ()

現在、飲んでいるお薬はありますか？ なし あり ()

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

- なし あり ()

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり ()

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

- いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)