

# 横山皮膚科 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名

性別 男 女

生年月日 昭・平・令 年 月 日 ( 歳) (小児の方)体重 kg

住所 〒

電話番号

職業

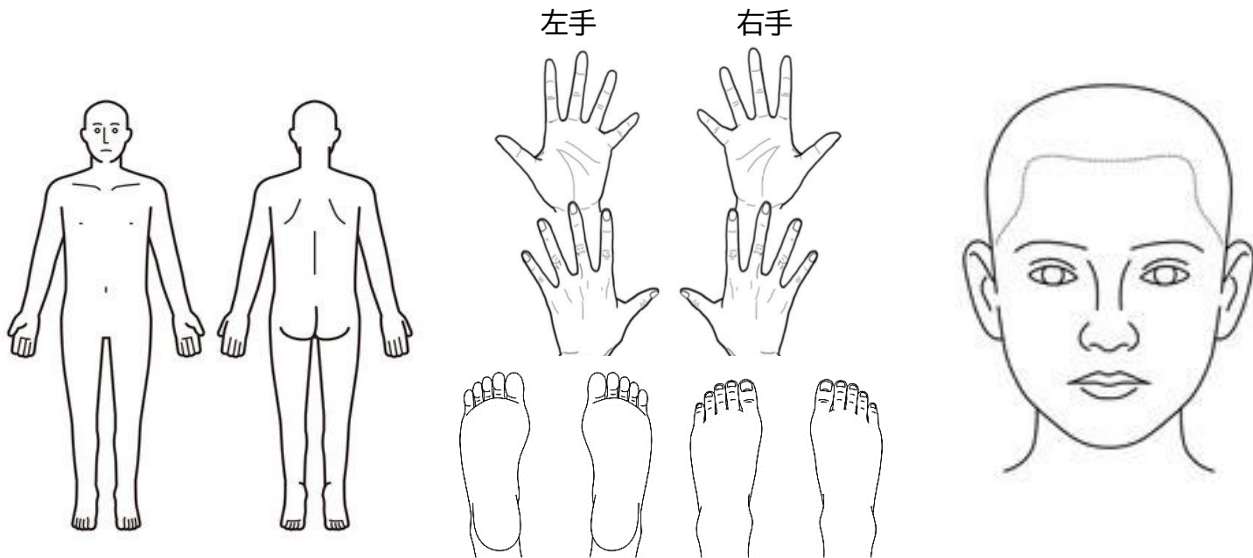
勤務先

マイナンバーカード 無・有 (マイナ保険証による診療情報取得に同意 する・しない)

1. どのような症状でご来院されましたか？症状の部位に丸をつけてください。

- かゆみ 痛み 赤み 乾燥 腫れ やけど きず できもの じんましん  
アトピー ニキビ たこ・うおの目 いぼ ヘルペス 帯状疱疹 多汗症  
ピアス AGA 治療 巻き爪 その他( )

※美容皮膚科に関しては完全予約制となります。ご希望の方は受付までお声掛けください。



2. いつ頃からの症状ですか？

( )時間前 ( )日前 ( )週間前 ( )か月前 ( )年前

3. その症状について、治療したことがある方は内容をご記入ください。

自分で 医院・病院で⇒医院名( )

治療内容( )

4. 現在治療を受けている病気はありますか？

高血圧 脂質異常症 糖尿病 喘息 脳卒中 心臓病 腎臓病 肝臓病

その他( )

※お薬手帳・紹介状等あれば受付にご提示ください。お薬手帳をお忘れの方は内容をご記入ください。

薬名( )

5. アレルギーはありますか？ある方は内容をご記入ください。

いいえ はい→内容( )

6. (女性の方のみ)妊娠中・授乳中ですか？

いいえ はい

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いたします。◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 保険証のみでの受診6点 マイナ保険証を利用した場合2点