

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 _____

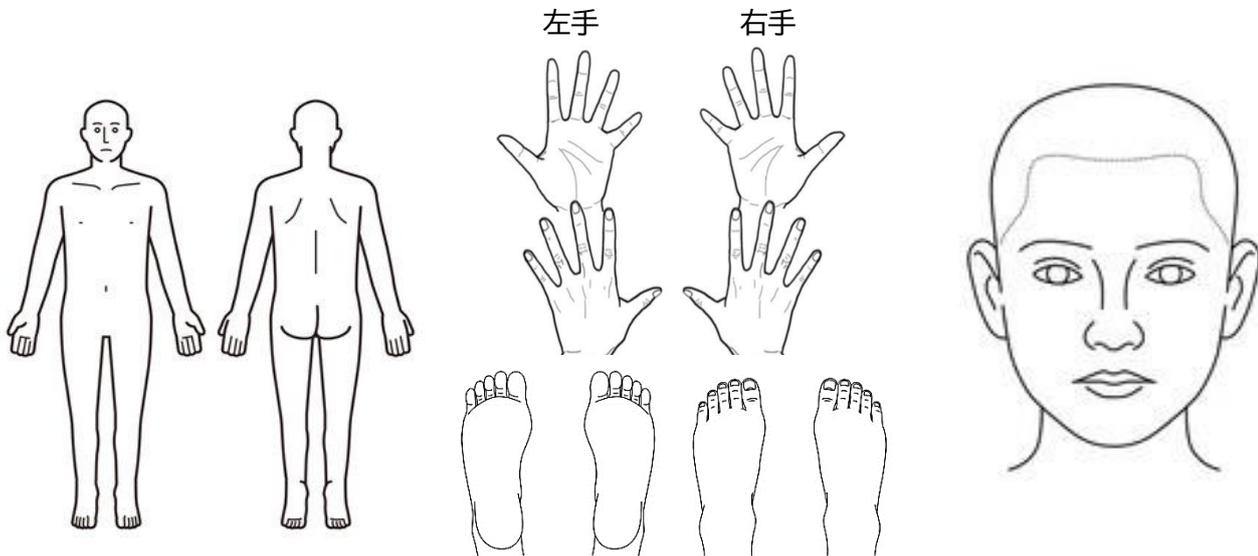
職業 _____ 勤務先 _____

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