

# 皮膚科問診票

受診日 : \_\_\_\_\_

氏名 : \_\_\_\_\_

生年月日 : \_\_\_\_\_

性別 : \_\_\_\_\_ 年齢 : \_\_\_\_\_

1)調子が悪くなったのは、いつ頃からですか？ 症状について詳しくご記入下さい。	
2)現在、他の医療機関に通院されていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 医療機関名 ( ) 受診科目 ( ) 医療機関名 ( ) 受診科目 ( )	
3)現在、他の病院(医院)で治療中の方はどのような病気で、何の薬を服用していますか？	
4)今までに大きな病気やけが(事故を含む)をされたことがありますか。 あるとお答えの方、いつ頃、どんな病気でしょうか？手術はされましたか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
5)次の病気を診断されたことはありますか？ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症	
6)アレルギーはありますか？ あるとお答えの方、原因となった薬、食物について、症状と共にお書き下さい。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
7)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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・現在、妊娠していますか？ <input type="checkbox"/> はい( 月) <input type="checkbox"/> いいえ ・現在、授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・現在、生理中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
8)2週間以内に海外への渡航歴がありますか？ <input type="checkbox"/> はい(国名: 帰国日: ) <input type="checkbox"/> いいえ	
9)マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
○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)加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証利用時)	

ID : \_\_\_\_\_

問診入力者 : \_\_\_\_\_