◀皮膚科

記入日：　　年　　月　　日

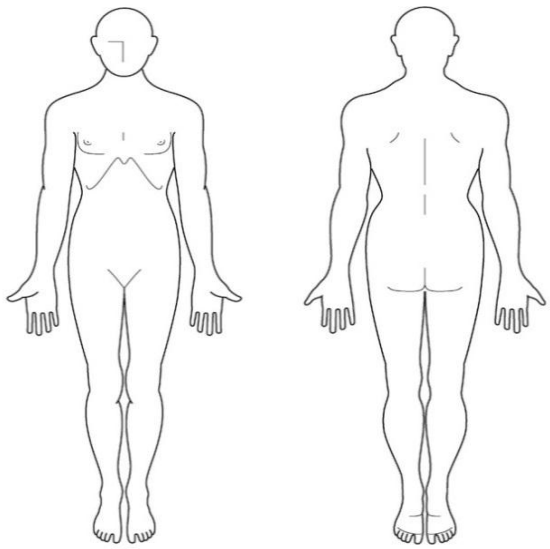
氏名　　様 / 生年月日　　/身長　　cm /体重　　kg

他の医療機関からの紹介状を持参されていますか？　　はい　・　いいえ

1．症状	☐ かゆみ ☐ 痛み ☐ 虫さされ ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 湿疹 ☐ 手荒れ ☐ かぶれ ☐ にきび ☐ イボ ☐ 水虫 ☐ やけど ☐ ほくろ ☐ 脱毛 ☐ その他 （　　）
2．①いつからですか？ ②症状・部位 ＊記入してください	
3．何か薬を塗っていますか	
4．他病院への通院 ①	☐ なし ☐ あり 医療機関名（　　）
服用している薬	☐ なし ☐ あり 薬品名（　　）
5．他病院への通院 ②	☐ なし ☐ あり 医療機関名（　　）
服用している薬	☐ なし ☐ あり 薬品名（　　）
6．当院の他科受診	☐ なし ☐ あり 内服： ☐ なし ☐ あり
当院受診科名	
7．薬や注射で具合が悪くなる	☐ なし ☐ あり 薬品名（　　）
8．食品で具合が悪くなる	☐ なし ☐ あり 食品名（　　）
9．アレルギー体質	☐ なし ☐ あり アレルギー名（　　）

10．妊娠の可能性	☐ あり ☐ なし 不明 授乳中
11．煙草	☐ 吸う ☐ 吸わない
	1日　　本を　　年間
12．1週間以内に発熱	☐ なし ☐ あり
マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？ ☐ はい ☐ いいえ	
この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診されましたか？ ☐ はい ☐ いいえ	

症状のある部位



2022年10月17日改訂