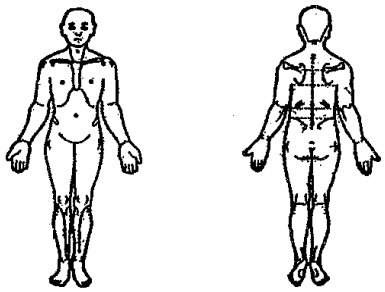
皮膚科　問診表

記入日　　年　　月　　日

お名前

様　　性別　男 ・ 女　　年齢　　歳

本日、 受診された症状について	内容 □かゆみ　□痛み 発症時期	◆マイナ保険証による診療情報取得に同意 □する　□しない □持っていない
これまでに入院や手術を要する病気等にかかったことがありますか？	□ある　　□ない 医療機関名: 時期: 病名: 治療内容:	◆他の医療機関からの紹介状 □ない　□ある ◆現在、他の医療機関に通院していますか □していない　□している 医療機関名 受診日 治療内容
症状がある場所を右の絵に〇を付けて下さい		◆40 歳以上の方、この 1 年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診したことが □ない　□ある 受診時期 指摘事項等
現在処方されている薬がありますか？	薬剤名: 投薬期間:	看護師記入欄
お酒を飲まれますか	□飲まない　□飲む 毎日 ・　　回/ 週 ・ 月 種類	
アレルギーを起こした事がありますか？	薬剤　□なし　□あり （種類:　　症状:　　） 食物　□なし　□あり （種類:　　症状:　　） 金属　□なし　□あり （種類:　　症状:　　） ゴム製品　□なし　□あり （種類:　　症状:　　） その他　□なし　□あり （種類:　　症状:　　）	
女性の方へ　現在、妊娠中または授乳中ですか？	□なし　□あり　　妊娠　　週 □授乳中	看護師サイン（　　）

◆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。　　改訂 2022.11