# 皮膚科 外来問診票

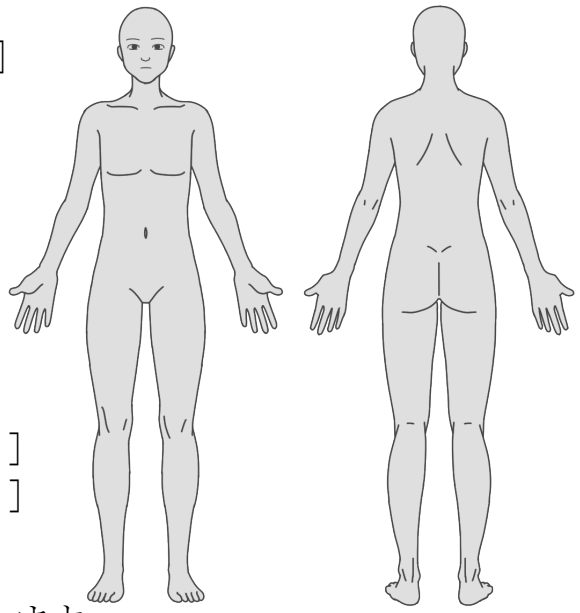
令和　　年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな | | 男<br>女 | 昭和 ・ 平成 ・ 令和<br>年　月　日（　歳） |
| 名 前 | | | |
| 住 所 | 〒<br>TEL（　） | | |

**❶、いつからお困りですか？**

□ 今日　□ 昨日　□ 2～3日前
□ 一週間前　□ それ以上［　］

**❷、症状のある部位をご記入ください。**



**❸、どのような症状ですか？**

□ かゆみ　□ 赤み　□ 痛み　□ 腫れ
□ ぼつぼつ　□ カサカサ　□ やけど　□ イボ
□ 水虫　□ ニキビ　□ 虫さされ
□ その他［　］

**❹、上記の症状で、これまでに治療を受けられたことはありますか？**

□ いいえ　□ はい→病院名［　］
処方薬［　］

**❺、現在治療中の病気はありますか？**

□ いいえ　□ はい※お薬手帳の提示をお願いします。
□ 高血圧　□ 糖尿病　□ 心臓病　□ 肝臓病　□ 緑内障
□ 高脂血症　□ 腎臓病（透析：あり・なし）　□ 膠原病［病名：　］
□ その他［　］
内服・外用中の薬［　］

**❻、アレルギーをお持ちですか？（お持ちでしたら結果表をご提示ください）**

□ いいえ　□ はい → □花粉［　］□金属［　］
□食物［　］□薬剤［　］
□その他［　］

**❼、【女性の方で該当される方のみ】妊娠している可能性はありますか？**

□ ない　□ 可能性あり　□ 妊活中　□ 授乳中
□ 妊娠　ヶ月（出産予定日：　月　日）

**❽、診療や治療に関するご希望などがあればご記入ください。**

［　］

**❾、当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴、健診歴、服薬情報等）を取得することに同意しますか？**

□はい　・　□いいえ

当院では患者さんの診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療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。
ご提供いただいた情報等は、当院が医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。