

受付番号

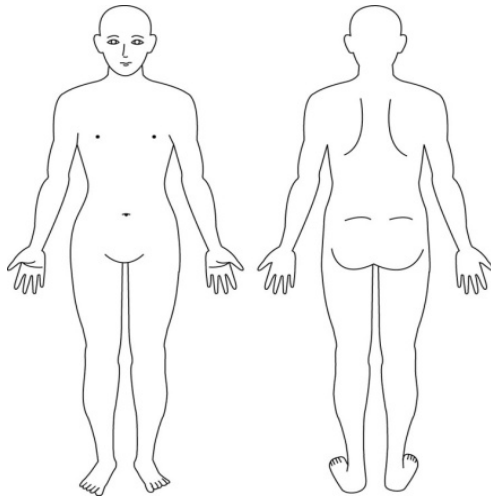
問診票

1枚目

※ご記入の際には熱で消えるタイプの筆記具は使用しないでください

ID	
フリガナ	性別 生年 大・昭・平・令 体重
お名前	男・女 月日 年 月 日 (歳) kg
ご住所	〒 TEL
	携帯番号

部位：下の図に○印をつけてください



1. いつ頃からですか 【

2. どのような症状ですか

- かゆみ
- 痛み
- 赤み
- 腫れ
- 肌の乾燥
- 水虫
- ほくろ
- やけど (仕事中心・それ以外) なにで? 【
- 水いぼ 【麻酔テープ・直接取る】
- その他【
- ぶつぶつ
- かさかさ
- じゅくじゅく
- いぼ
- にきび
- できもの

3. 原因として思い当たることはありますか いいえ はい【

4. この症状で、治療を受けたことはありますか いいえ はい【

お薬名【

薬名不明

5. 現在内服・外用している薬はありますか いいえ はい【お薬手帳：あり・なし】

お薬名【

薬名不明

6. 薬や食べ物、注射・麻酔でアレルギー症状が出たことはありますか

薬 : いいえ はい 薬剤名 : 症状 :

食べ物 : いいえ はい 食べ物名 : 症状 :

7. 風邪薬やアレルギーの薬で眠くなったことはありますか

- とても眠くなる
- すこし眠くなる
- 全く眠くならない
- わからない

8. 車の運転をしますか 毎日運転する たまに運転する 運転しない

9. 今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことはありますか

- いいえ
- アトピー性皮膚炎
- アレルギー性鼻炎(花粉症)
- 喘息
- 高血圧
- 心臓病
- 肝臓病
- 腎臓病
- 糖尿病
- 緑内障
- 胃潰瘍
- 膠原病
- 高脂血症
- 前立腺肥大
- その他【

10. お薬はジェネリック(後発品)を希望しますか はい いいえ

11. 女性の方 ※妊娠中ですか いいえ はい 可能性がある ※授乳中ですか いいえ はい

問診票

2枚目

※ご記入の際には熱で消えるタイプの筆記具は使用しないでください

12. 当院では保険証の代わりにマイナンバーカードによる資格確認（患者様の薬剤情報・特定健診情報の閲覧）を行っています
診療情報を取得・活用する事により、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、マイナンバーカードの利用にご協力をお願いいたします

マイナンバーカードによる診療情報取得に同意する はい いいえ

13. 他の医療機関からの紹介状（診療情報提供書）を持っている はい いいえ

問診票チェック