



いでのい皮ふ科 受付・問診票 (初診・再診)

R 年 月 日 記載

ID

ふりがな お名前	様	男性	生年月日	大正・昭和・平成・令和			
		女性		年	月	日	歳
ご住所	〒			生後	ヵ月 / 体重		kg
				お電話	自宅		
					携帯		

以下の設問にお答えください。

看護師・受付スタッフが内容を事前に確認させていただきます。診療をスムーズに行うために何卒ご協力ください。

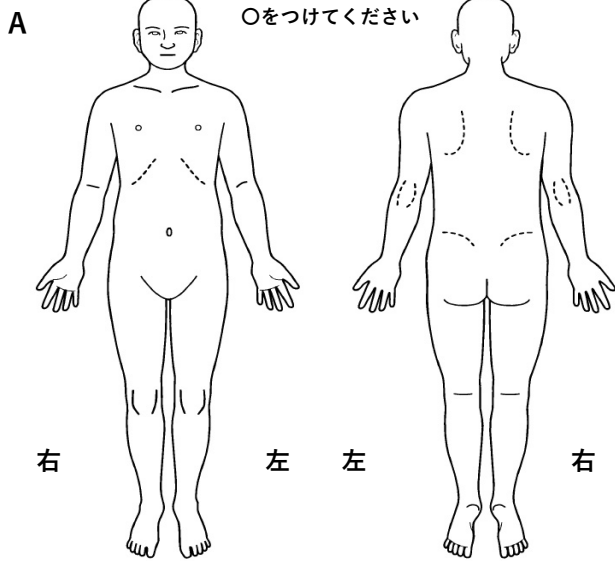
A	本日の診察は、 <b>美容治療のみ</b> (カウンセリング・施術) のご希望ですか？	はい → 先に受付へお申し出ください ・ いいえ → B の設問にお答えください。
	本日の診察は、 <b>水いぼ摘除・ピアス穴あけ・AGA(薄毛)治療・化粧品購入</b> ですか？	はい → 受付へお申し出ください ・ いいえ → 1. 以下の設問にお答えください。
1	マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？	はい・いいえ
2	本日はお薬手帳をお持ちですか？	はい・いいえ
3	他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？	はい・いいえ
4	40歳以上の方：この1年で検診 (特定検診及び高齢者検診に限る) を受診しましたか？	はい・いいえ
5	今までにかかったことのある病気に○をつけてください。	
	特になし 高血圧 心臓病 糖尿病 肝臓病 腎臓病 前立腺肥大 緑内障 がん( ) アトピー性皮膚炎 喘息 リウマチ 膠原病 花粉症 その他( )	
6	現在の他の医療機関に通院中ですか？	はい・いいえ
	医療機関名 病名： _____	
	医療機関名 病名： _____	
	医療機関名 病名： _____	
6	治療中のお薬はありますか？	はい・いいえ
	お薬名： _____	
* マイナ保険証による情報取得に同意の場合は、直近1か月以内の薬以外は省略可能です。お薬手帳を診察室でご提出いただく場合があります。		
7	アレルギーはありますか？ (食べ物・薬・植物・その他)	はい・いいえ
8	タバコは吸われますか？	
	吸わない 吸う ( 本/日 ) × ( 年 ) ・ 以前吸っていたがやめた ( 本/日 ) × ( 年間 )	
9	女性の方にお伺いします	
	現在妊娠を： していない している ( 週目 ) 予定中・可能性あり 現在授乳を： していない している	

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、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。

\* **裏面**に本日の診療内容をご記入ください。

**本日の診察内容をお伺いします。**

- \* 症状のある部位に○をつけ、いつから・どのような症状があるのかをご記入ください。
- \* A・B・Cの図にそれぞれ1つの症状をご記入ください。
- \* 診療希望の部位は全て記載してください。基本的に **問診に記載のないものは診療できません。**



**\*いつからですか？**

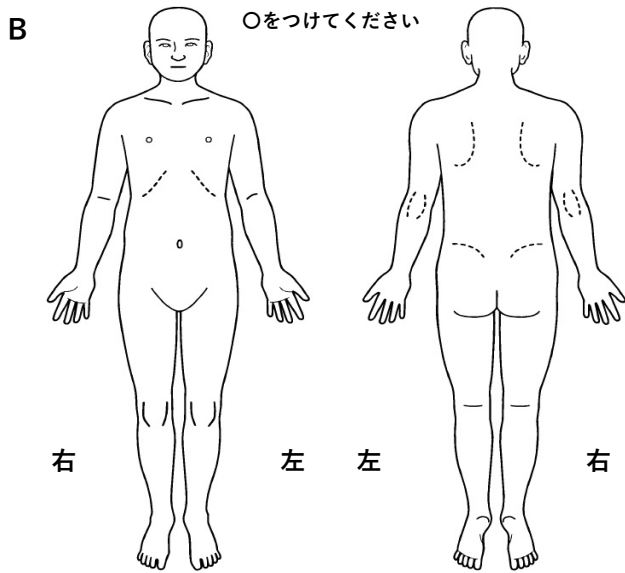
今日から ( ) 日前から ( ) 週間前から  
( ) ヶ月前から ( ) 年前から

**\*症状**

例：かゆみ・痛み・赤い・黒い・腫れている・膨れている・皮がめくれる  
汁が出る・水ぶくれ・できもの・水いぼ・爪水虫・・・など

**\*何か薬（内服薬・外用薬）を使用されましたか？**

はい： ( ) ・いいえ



**\*いつからですか？**

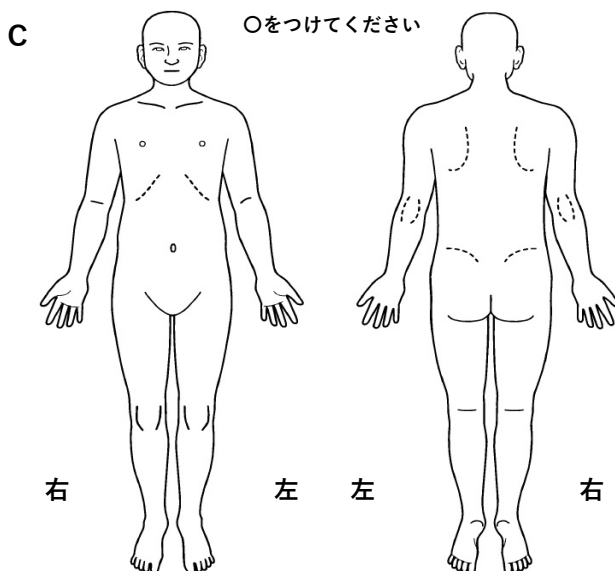
今日から ( ) 日前から ( ) 週間前から  
( ) ヶ月前から ( ) 年前から

**\*症状**

例：かゆみ・痛み・赤い・黒い・腫れている・膨れている・皮がめくれる  
汁が出る・水ぶくれ・できもの・水いぼ・爪水虫・・・など

**\*何か薬（内服薬・外用薬）を使用されましたか？**

はい： ( ) ・いいえ



**\*いつからですか？**

今日から ( ) 日前から ( ) 週間前から  
( ) ヶ月前から ( ) 年前から

**\*症状**

例：かゆみ・痛み・赤い・黒い・腫れている・膨れている・皮がめくれる  
汁が出る・水ぶくれ・できもの・水いぼ・爪水虫・・・など

**\*何か薬（内服薬・外用薬）を使用されましたか？**

はい： ( ) ・いいえ