

# 問診票

フリガナ			生年月日	体重
お名前		男	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 ( 歳)	※小学生以下 ( ) kg
〒	-	住所		
ご連絡先	携帯		自宅	
マイナンバーカード保険証による診療情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 持っていない				

※個人情報のお取り扱いについては、医療提供・診療費請求等の目的以外では使用致しません。

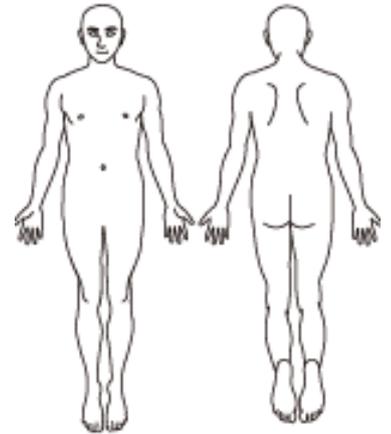
1. 本日はどのような理由で受診されましたか？部位にチェックを入れてください。

- 全身  頭  
 顔  首  肩  胸  お腹  腕  手  
 背中  お尻  外陰部  下肢  足  足爪  
 その他 ( )

↓こちらの記入もお願いします。

2. 1はどのような症状ですか？

- 痛み  かゆみ  できもの  湿疹  ニキビ  赤ら顔  円形脱毛症  
 あざ (  赤  青  茶  黒 )  
 シミ  そばかす  肝斑  くすみ  しわ  レザ-脱毛  
 ホクロ  男性型脱毛症  まつげ貧毛症  刺青除去  
 \*  は保険外治療となりカウンセリング料が発生することがあります \*  
 その他 ( )



3. いつ頃からですか？

- ( ) 時間前から ( ) 日前から ( ) 週間前から  
 ( ) ヶ月前から ( ) 年前から ( )

4. そのことで今までに治療を受けられましたか？

- いいえ  はい ⇒ ( )

5. 現在、治療中の病気はありますか？

- いいえ  はい (治療中の病名: )

6. 服用中、外用中の薬はありますか？ ※お薬手帳お持ちでしたらご提示下さい。

- いいえ  はい ( )

※マイナンバーカード保険証による診療情報取得に同意いただいた方は、直近1ヶ月以内の処方薬以外は省略可

7. 今までに大きな病気になったことや、手術を受けられたことはありますか？

- いいえ  はい (病名: )

8. 薬や注射でかゆみなどのアレルギー反応が出たことはありますか？

- いいえ  はい (病名: )

9. 女性の方へ

現在、 妊娠していない  妊娠中 ( 週目 )  妊娠の可能性ある  授乳中

当院は診療情報取得・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保険証の利用にご協力をお願いいたします



形成外科・皮ふ科・美容皮ふ科

ますだ皮ふクリニック