



記入日: 年 月 日

ふりがな		生年月日	大・昭・平・令	
お名前	男・女	年	月	日 歳
ご住所	〒 -	電話番号	() -	

該当する項目の□にレ点をつけてご回答ください。

① 症状がでたのはいつからですか？

- () 日前から () 週間前から () ヶ月前から
 () 年前から

② 症状について教えてください。

- かゆみ 痛み 赤み かさかさ かぶれ アトピー にきび
 じんましん ホクロ, できもの ヘルペス 帯状疱疹
 いぼ, 水いぼ タコ, ウオノメ その他()

③ 上の症状に対してこれまで治療を受けられた方は治療内容について教えてください。

()

④ 現在の治療中の病気があればご記入ください。

()

⑤ 今まで大きな病気や手術をされたことがあれば教えてください。

()

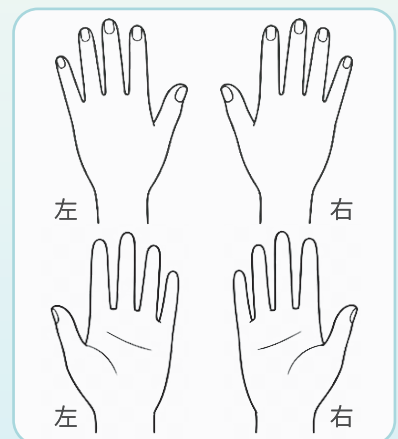
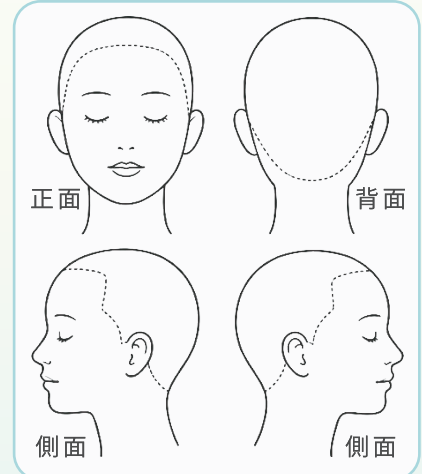
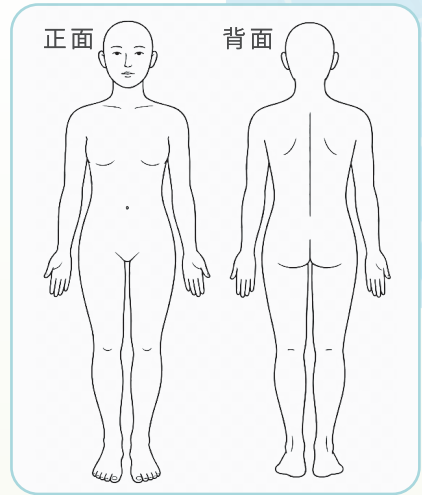
⑥ 気になる部位はどこですか？右の図に○をつけて下さい。

⑦ アレルギーをお持ちの方はご記入ください。

- アトピー 花粉症 アレルギー性鼻炎 金属 薬剤()
 食物 ぜんそく その他()

⑧ 女性の方のみご記入ください。現在妊娠中ですか？また、授乳中ですか？

- はい 妊娠() ヶ月 いいえ 妊娠の可能性あり 授乳中



記入ができましたら
受付の人にお渡しください



当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得、活用することにより、
 質の高い医療の提供に努めており、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。
 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よろしくお願い致します。