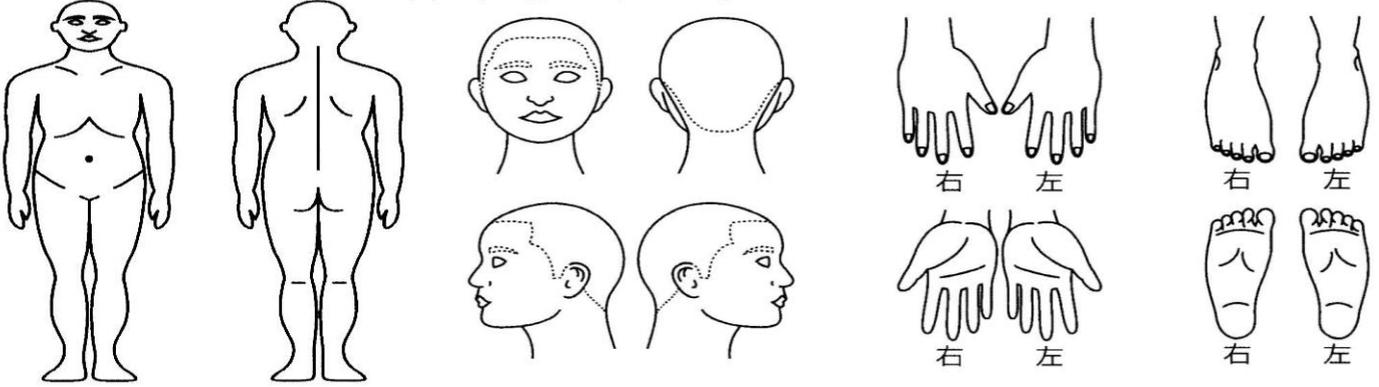


# 皮膚科問診票

年 月 日

フリガナ				男	年齢	出生都道府県
氏名				女	才	
身長	cm	体重	kg	体温	℃	職業



本日の受診目的を教えてください

- 1 いつからですか ( )
- 2 どの部位ですか ( )  
※ 上の図に印をつけて下さい
- 3 何ができましたか ( )
- 4 今までにどんな病気にかかったり、治療を受けた事がありますか  ある・なし  
アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎(花粉症)・喘息・糖尿病・心臓病・脳疾患  
高血圧・肝疾患・腎疾患・膠原病・前立腺肥大・輸血  
手術 ( ) ・ その他 ( )
- 5 現在、治療中の病気はありますか  はい・いいえ  
病名 ( )  病院名 ( )
- 6 現在、飲んでいる薬を教えてください ( )  
※ 薬の一覧表、お薬手帳があれば提出お願いいたします
- 7 今までに薬のアレルギーがでたことがありますか  ある・なし  
薬の名前 ( )  
抗生物質でアレルギーがでたことがありますか  ある・なし  
薬の名前 ( )  
局所麻酔(歯科用麻酔)でアレルギーがでたことがありますか  ある・なし  
どのような症状でしたか
- 8 (女性の方へ) 現在妊娠中ですか  はい(妊娠 週) ・ いいえ
- 9 入れ墨、アートメイクはありますか?  ある・なし
- 10 6ヶ月以内に海外へ行かれたか?  いいえ・はい(国名: )
- 11 現在、他の病院等に入院中ですか?  いいえ ・ はい(医療機関名: )

裏面も記入をお願いします。

- 12 マイナ保険証による診療情報に同意しましたか？ いいえ ・ はい
- 13 他の医療機関からの紹介状はありますか？ いいえ ・ はい（医療機関名 \_\_\_\_\_）
- 14 この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診していますか？  
 いいえ ・ はい（受診時期： \_\_\_\_\_ 指摘事項： \_\_\_\_\_）

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

15 現在の喫煙→ なし ・ あり

- ありの方→
- 紙タバコ（種類： \_\_\_\_\_）  
 （一日使用数： 本× \_\_\_\_\_ 年）
  - 加熱式タバコ（種類： \_\_\_\_\_）  
 （一日使用数： 本× \_\_\_\_\_ 年）
  - 電子タバコの使用（有・無）

★紙巻きタバコと他のタバコ類を併用している場合、すべてご記入お願いいたします。

① 過去の喫煙→ \_\_\_\_\_ 年前 / \_\_\_\_\_ ヶ月前 / \_\_\_\_\_ 日前から禁煙

② 同居者で喫煙している人は↓

いない・いる→続柄 \_\_\_\_\_

### ●診療時の臨床写真の記録について

当科では診察時に治療経過の記録として臨床写真を時に撮影します。

カルテの一つとして活用し治療効果を見直す際に使用しています。

画像の保存管理ならびに個人情報厳守していますのでご理解の程、よろしく  
 お願いします。また教育的に学会発表等で使用させていただくこともありますが、個人  
 を特定できないよう学会等の規定を厳守しています。重ねてご理解いただけますよ  
 うよろしくお願いいたします。

尚、撮影をすることで不都合なことがあれば担当医にお申し出ください。