

問 診 票

※マイナ保険証・保険証

記入日 令和 年 月 日

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい・いいえ

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和
氏 名	殿 (男・女)		年 月 日 (歳) ●お子様のみ 体重_____kg
住所	〒 _____ 長泉町・清水町・沼津市・裾野市・三島市	携帯電話	_____
		自宅	_____

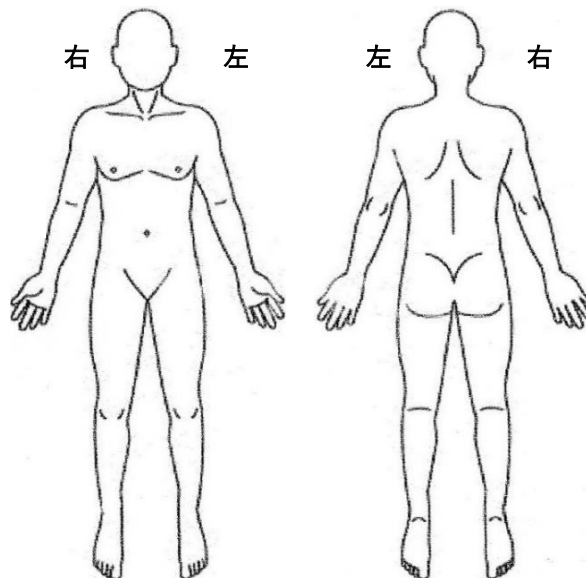
1. 本日の受診内容をご記入ください。

皮膚科 内科

■いつ頃からですか？ ()日前から・()ヶ月前から
()週間前から・()月頃から
不明・その他 ()

■右の図の症状があるところに○をつけて下さい。 ➡

■どのような症状ですか？○をつけて下さい。
かゆい 痛い ぶつぶつ かさかさ 赤み 虫刺され
じんましん アトピー やけど ニキビ 水ぶくれ
水虫 いぼ タコ/魚の目 水いぼ
花粉症 風邪 鼻水 咳 熱 (°C)
その他 ()



2. 今回の症状で、現在あるいは過去に治療を受けた事がありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方・・・医療機関名 () 病名 ()

3. これまでにかかった病気、または現在治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方・・・医療機関名 ()

↓病名に○をつけて下さい。

高血圧 糖尿病 喘息 胃潰瘍 心臓病 腎臓病 肝臓病 痛風 脳梗塞/脳卒中 がん 腫瘍
甲状腺の病気 心療内科疾患(うつ、不安神経症など) 精神科疾患 その他 ()

4. 現在、何かお薬をのんでいますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方 → 受付時にお薬手帳をお出してください。
お薬手帳をお持ちで無い方 → (お薬の名前)

5. 今までお薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方・・・お薬・食べ物の名前 ()

6. ●たばこ・・・ 1日 _____ 本 ・ 吸わない

●お酒・・・ 毎日 ・ 週2～3回 ・ ほとんど飲まない ・ 飲まない ・ その他

飲酒量・・・ 1合未満 ・ 1～2合未満 ・ 2～3合未満 ・ 3合以上

※清酒1合(180ml)の目安：ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)

8. 女性の方にお尋ねします。

■妊娠中ですか？ (はい【 】週・いいえ) ■授乳中ですか？ (はい・いいえ)

9. 診察や治療についてご希望がございましたら、ご記入ください。

10. 当院を知ったきっかけを教えてください。

知人・家族の紹介 ・ ホームページ ・ 他医療機関からの紹介 ・ 近隣に住んでいる

ありがとうございました。診察までしばらくお待ち下さい。

