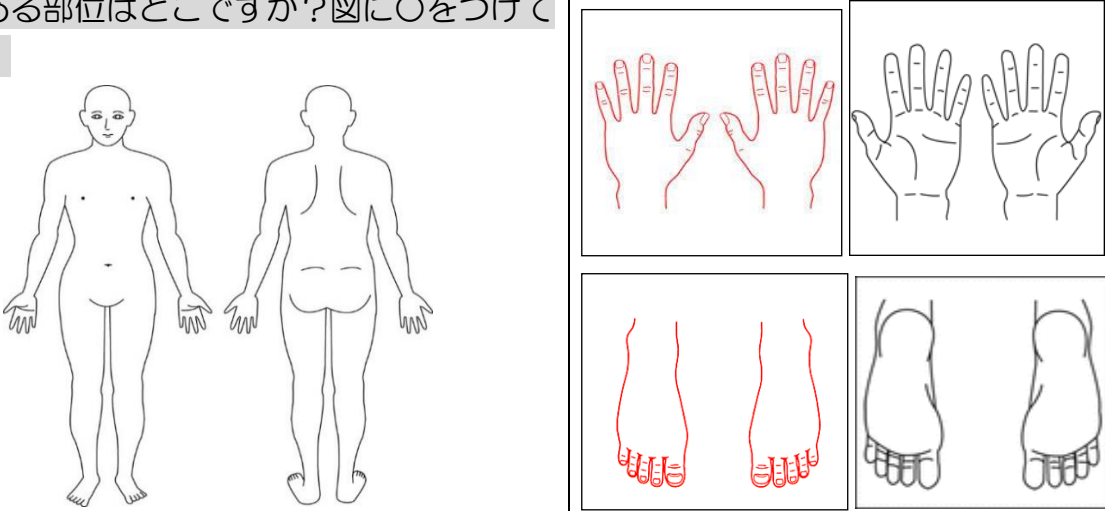


皮膚科 問診表

お名前 _____

他院からの紹介状 有 無 健診または検査結果の持参 有 無

1年以内の健康診断の有無 有 無 ※マイナ保険証による診療情報取得の同意 可 否

今日はどうされましたか？	<input type="checkbox"/> 赤み <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> ほてり <input type="checkbox"/> 水ぶくれ <input type="checkbox"/> その他 ()	
いつから症状がありますか？	<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> その他 ()	
症状のある部位はどこですか？図に○をつけて下さい。		
希望される検査・治療はありますか？	<input type="checkbox"/> 水虫検査 <input type="checkbox"/> アレルギー検査 <input type="checkbox"/> 巻き爪治療 <input type="checkbox"/> イボ治療（液体窒素など）	

《以下は 3 ヶ月以内に当院を受診したことがある方は記入不要です》

ご職業	会社員（職種： ） 学生 主婦 パート・アルバイト 無職				
治療中の病気	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓病（狭心症・不整脈など） <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他 ()				
内服中の薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※お薬手帳をご準備下さい				
喫煙の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	授乳の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 有（食べ物： 薬： ） <input type="checkbox"/> 無				
ご家族で同じまたは似たような症状をお持ちの方はいますか？	<input type="checkbox"/> 有（どなたが： 症状： ） <input type="checkbox"/> 無				

来院のきっかけ：武蔵境病院 ホームページ 紹介 近所 その他 ()

※待合室で看護師が症状の詳細を問診させていただきます。ご了承下さい。

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。
 ◆医療情報取得加算（初診時）加算1 3点、加算2 1点（マイナ保険証を利用した場合）