

問診票

フリガナ

お名前 _____ 男 ・ 女 _____ 職業 (_____)

生年月日 _____ 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 〒 _____

電話番号 _____

本日はどのような症状で来院されましたか？

- ・にきび・いぼ・ほくろ・しみ・かゆみ・痛み・腫れ・その他(_____)
- ・部位はどこですか？ 顔 ・ 頭 ・ 首 ・ 体(部位 _____) ・ その他(_____)
- ・いつ頃からですか？(_____ 日前・ _____ 週間前・ _____ カ月前・ _____ 年前)
- ・他の病院を受診されましたか？(いいえ・はい→病院名 _____)
- ・他の病院で治療されましたか？(いいえ・はい→お薬名/治療内容 _____)

これまで病気はありますか？

- ない・ある→高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ 腎疾患 ・ 肝疾患 ・ 高脂血症
膠原病 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障 ・ ケロイド体質 ・ タトゥー ・ アートメイク
その他(_____)

現在飲んでいるお薬はありますか？

- ない・ある→お薬名(_____)

アレルギーはありますか？

- ない・ある→お薬名・食べ物など(_____)

治療のご希望についてお知らせください。

- ・保険診療の範囲での治療を希望 _____
- ・自費診療(保険外診療)も希望 _____

女性の方のみお答えください。

- ・現在妊娠中ですか？(いいえ・はい→出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 / 可能性がある)
- ・現在授乳中ですか？(いいえ・はい)

当クリニックをどちらでお知りになりましたか？ご覧になったものをすべてお知らせください。(複数回答可)

- ・ google ・ インスタ ・ LINE ・ ホームページ ・ 通りがかり
- ・ 家族・友人からのご紹介(_____ 様)・病院からのご紹介(_____)
- ・ その他(_____)

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 1 点

なかぞのスキンクリニック博多 皮膚科・美容皮膚科