

ふりがな  
氏名

男・女 身長 cm 体重 kg

生年月日:大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( )歳 体温 °C

住所 〒

携帯番号 - - 電話番号 - -

◆保険証と紐付けたマイナンバーカードを本日お持ちですか?( はい・いいえ )

→マイナンバーカードをお持ちの方で本日診療情報取得に同意しますか ( する・しない )

◆他の医療機関からの紹介状はありますか ( あり・なし )

◆40歳以上の方へ この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか ( はい・いいえ )

1. どのようなことで来院されましたか

① いつ頃から

今日の ( )時・昨日・( )日前・( )週間前・( )カ月前・( )年前

② 当てはまる症状を下記から選んで○で囲んでください

かゆい 赤い 湿疹 じんましん 痛い かきつき 水虫 タコ・ウオノメ イボ キズ・ケガ やけど

とこずれ できもの・しこり ほくろ にきび 虫に刺された

その他 {

③ どの部位に(診察を希望される場所を右の図内○で囲んでください)

④ このことで何か治療はうけましたか( はい・いいえ )

「はい」の方はその内容をご記入ください

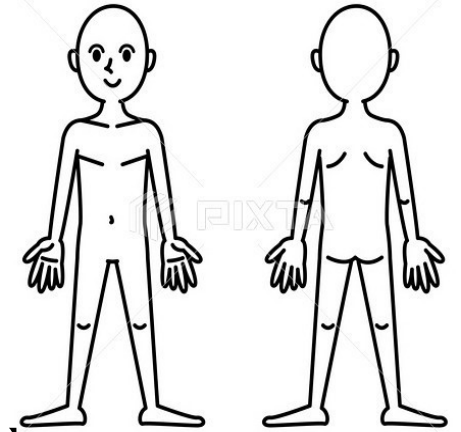
{

⑤ 家族に同じような症状の方はいますか ( いる・いない )

2. 現在、他院にて通院中や、治療中の病気はありますか ( ある・ない )

「ある」と回答された方 病院名【

病名【



3. 女性の方へ ①妊娠中ですか ( はい[第 週]・いいえ ) ②授乳中ですか ( はい・いいえ )

4. ステロイド剤を使用する治療について ( 絶対に使いたくない・必要に応じて使いたい・分からない )

5. 今までに薬や食べ物で副作用がありましたか ( ある・ない )

「ある」と回答された方は、お薬名または食べ物をご記入ください

{

6. 健康食品を含めて、現在飲んでいる薬はありますか ( ある・ない )

「ある」と回答された方 お薬手帳はお持ちですか ( ある・ない ) お持ちの方は受付にご提示ください

お持ちでない方、電子手帳の方は、お薬名をご記入ください

{

7. 今までに下記の病気にかかったり、治療を受けたりしたことがありますか

・喘息 ・糖尿病 ・心臓病 ・高血圧 ・胃潰瘍 ・肝疾患 ・腎疾患

・膠原病 ・緑内障 ・手術 (手術名: いつ頃: )

・その他 ( )