

皮膚科 問診票

【名前 _____】 年 月 日

- マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか

はい いいえ

- 他の医療機関からの紹介状はありますか

はい いいえ

- 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

※マイナ保険証による診療情報取得に同意された方は記載不要です

はい（受診時期：_____年_____月 指摘事項：_____）

いいえ

1. 本日は、どうされましたか？

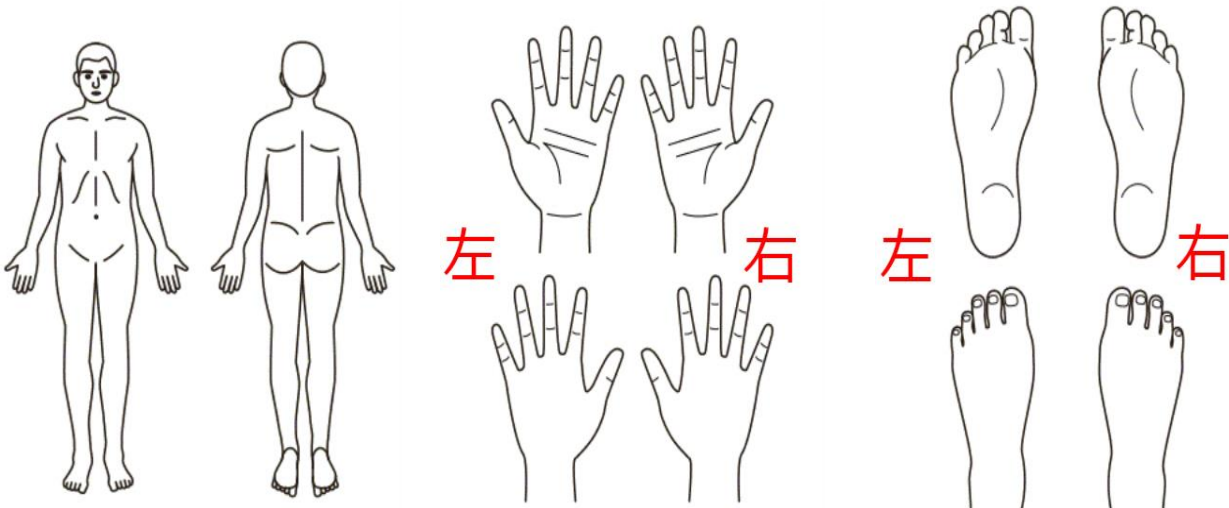
いつから：_____

部位：_____

症状：_____

原因はありますか：_____

★具合の悪いところを図に示してください



2. 定期的に診察を受けている疾患はありますか？ どちらの医療機関にかかっていますか？

ない ある（ _____ ）

3. いつも服用されているお薬はありますか？

ない ある（ 内容： _____ ）

→裏面もあります

4. 血がとまりにくくなる薬を服用されていますか？（バイアスピリン・ワーファリン・プラビックスなど）
ない ある（内容： _____ ）

5. 今までに入院したことや、手術をうけられたことはありますか？ また何才ごろですか？
ない ある（ _____ ）

6. アレルギーはありますか？（薬・注射・食べ物（果物含む）・ゴム製品などで蕁麻疹やショックなど）
ない ある（ _____ ）

7. 女性の方のみご記入ください。

① 現在、妊娠の可能性はありますか？（ある ない わからない） 最終月経 _____ 月 _____ 日

② 現在、授乳中（はい：産後 _____ 年 _____ か月）

③ 現在、ピル・女性ホルモンを服用されていますか？（はい：内容 _____ ）

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致します。

◆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）
（再診時）加算3 2点 加算4 1点（マイナ保険証を利用した場合）