

問 診 票

スタッフ記入欄

患者No.

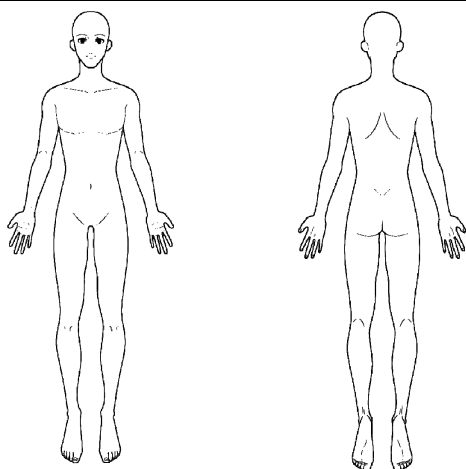
受診日

年 月 日記入

氏 名	フリガナ	生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦
	(男・女)		年 月 日
住 所	〒	職 業	
	(再診の方は、住所・電話番号の変更がある方のみ記入をお願いします)		
電話番号	① () - 続柄()	② () - 続柄()	
※保護者／介助等お連れの方の連絡先		上記以外の緊急連絡先 () - 続柄()	

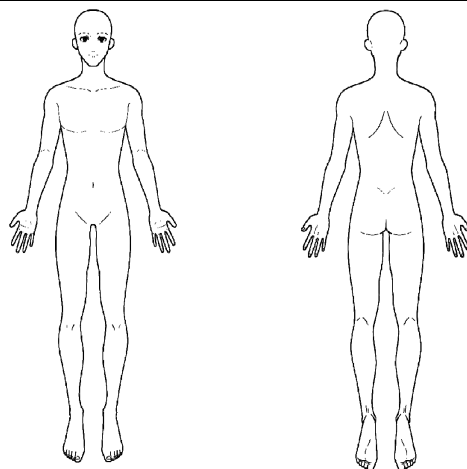
1回の診察で2つの症状までとなります。(例 ①アトピー、②魚の目など)
2つ症状がある場合は、分けて記入して下さい。部位に○をお願いします。

症状①



かゆい 赤い 痛い ブツブツ カサカサ 腫れ
水ぶくれ キズ けが あざ 虫刺され タコ
うおのめ いぼ にきび 水虫 アトピー 脱毛症
じんましん ほくろ やけど 床ずれ 巻き爪
多汗 その他 ()

症状②



かゆい 赤い 痛い ブツブツ カサカサ 腫れ
水ぶくれ キズ けが あざ 虫刺され タコ
うおのめ いぼ にきび 水虫 アトピー 脱毛症
じんましん ほくろ やけど 床ずれ 巻き爪
多汗 その他 ()

症状はいつ頃からありますか？

約 () 日・週間・ヶ月・年前から

症状がでた、きっかけは何ですか？

()

現在、その症状で治療を受けていますか？

☐ いいえ ☐ はい ()

お薬のアレルギーはありますか？

本日お薬手帳を持参されましたか？

現在、治療中の病気はありますか？

2週間以内に発熱症状はありますか？

発熱症状のある方へ 感染症（コロナ
インフルエンザ等）の診断を受けましたか

症状はいつ頃からありますか？

約 () 日・週間・ヶ月・年前から

症状がでた、きっかけは何ですか？

()

現在、その症状で治療を受けていますか？

☐ いいえ ☐ はい ()

☐ ない ☐ ある ()

☐ はい ☐ いいえ ☐ アプリ

☐ ない ☐ ある (病名)

☐ ない ☐ ある (いつ頃 °C)

☐ はい (受診日)
診断病名 ()

裏面のご記入もお願い致します。

現在、飲んでいるお薬はありますか？	
☐ ない ☐ ある（お薬名： ）	
体重は、何kgですか？	
kg ☐ 不明	
かかりつけの病院・小児科はありますか？	
☐ いいえ ☐ はい（病院名： ）	
12歳以下のお子様受診の方へ、主にお子様のお世話をされる方に○をつけてください。	
（父・母・祖父・祖母・その他： ）	
過去、大きな病気、手術、骨折等の経験はありますか？	
☐ ない ☐ ある（病名： ）	
感染症・B型肝炎・C型肝炎にかかったことはありますか？	
☐ ない ☐ ある（病名： ）	

★女性の方のみ回答をお願いします	
現在、妊娠していますか？	☐ いいえ ☐ 不明 ☐ はい（ 週目）
現在、授乳期間中ですか？	☐ いいえ ☐ はい
★65歳以上の方のみ回答をお願いします	
介護保険の認定を受けていますか？	☐ いいえ ☐ はい ・要支援（1・2） ・要介護（1・2・3・4・5）

★就業中にケガ等を負った方➡当院は労災に関する診療を行っておりません。

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。

個人情報に関する同意について

問診票は診療に関する目的でのみ使用し、診療録（カルテ）と同様、厳正に管理いたします

うおざき駅前五郷皮フ科 院長 中島とう子

問診票記載内容に間違いのないことを確認の上、個人情報の取扱いに同意します
ご署名

ありがとうございました。診察までしばらくお待ちください。