

(皮膚科:形成外科) 問診票

年 月 日

お名前 _____ 身長 _____ c m 体重 _____ Kg

他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は受付へお渡しください。

アレルギーはありますか

1. のみ薬、注射薬のアレルギー(抗菌薬、造影剤、かぜ薬、痛み止め など)

☐なし ☐あり 薬品名 _____

症状 _____

2. 食物アレルギー(卵、乳製品、牛肉、そば、小麦、かに、えび、ピーナツなど)

☐なし ☐あり 食品名と症状 _____

3. その他のアレルギー(アルコール、ゴム製品など)

☐なし ☐あり 物質名と症状 _____

- 1 今日はどういう事(症状)でおいでになりましたか?

かゆみ (☐あり・☐なし) 痛み (☐あり・☐なし)

発熱 (☐あり _____ 度・☐なし) その他 ()

- 2 その症状はいつ頃からですか?

- 3 それは、どのあたり(部位)ですか?

(下の図に○で記入して下さい)

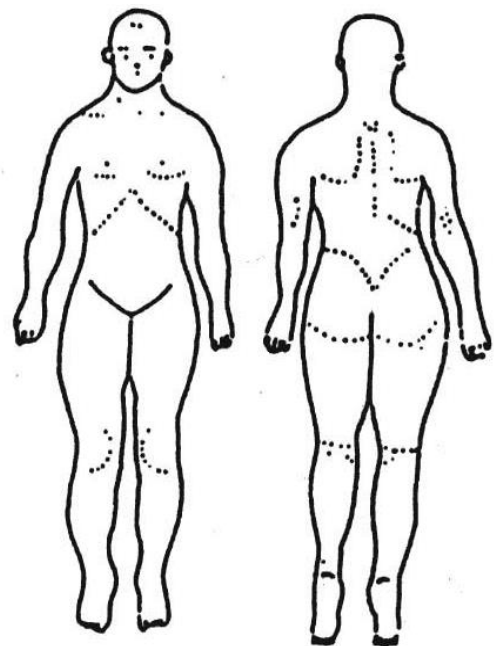
_____ 日前から・その他 _____

- 4 今までに皮膚科でかかった病気

又受けた手術があれば書いて下さい。

- 5 皮膚科以外でかかった主な病気

又手術があれば記入して下さい。



⇒裏面に続きます

6 現在治療中の病気があれば書いて下さい。
(簡単に)

7 現在飲んでおられる お薬はありますか はい / いいえ

8 本日 お薬手帳はお持ちですか はい / いいえ

●お持ちの方は 受付でご提出下さい

●お持ちでない方は お薬名をご記入下さい

あなたの身長 (. cm) あなたの体重 (. kg)

妊娠している (はい ・ いいえ ・ 可能性あり)

喫煙 (はい 本／日 ・ いいえ)

飲酒 (はい ／日 ・ いいえ)

上記にあてはまらない事があれば書いて下さい。

当院はマイナ保険証によるオンライン資格確認により診療情報及び薬剤情報を取得・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お願いいたします。

市立大津市民病院 皮膚科：形成外科