

# 皮膚科

ふりがな 氏名	(男・女)	携帯TEL	
		TEL	
住所	〒 ー		
生年月日	大・昭・平・令	年(西暦	年) 月 日 ( 歳)
職業		体重	kg

●本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい ・ いいえ

●マイナ保険証(保険証と紐づけされたマイナンバーカード)で受付されましたか？ はい ・ いいえ

○はいの方 (本日、診療情報取得に同意されましたか？ はい ・ いいえ)

●今日はどうしましたか？ 部位に○をしてください→

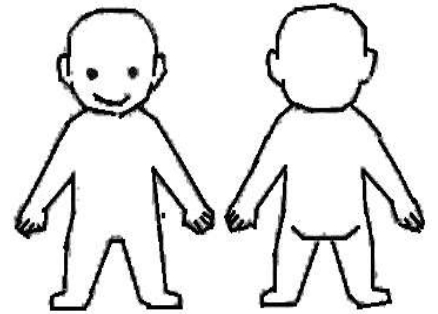
○症状のある部位はどこですか？ ( )

○どんな症状ですか？ ( )

○いつからですか？ ( )

○使った薬、治療内容を記入してください

( )



●現在、皮膚科のほかに治療を受けているものはありますか？ はい ・ いいえ

(糖尿病 高血圧 結核 腫瘍 緑内障 腎臓病 前立腺肥大 肝機能障害 その他 ( ) )

通院中の医療機関名 ( ) 最終受診日 ( )

○現在服用中のお薬・受けている治療をお書き下さい ※お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください※

\*マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き省略可

( )

●これまでに大きな病気にかかったことがありますか？(手術や入院を要する病気等) はい ・ いいえ

病名 ( ) 医療機関名 ( )

時期 ( ) 治療内容 ( )

●この1年間で検診(特定検診及び高齢者検診に限る)を受診しましたか？ はい ・ いいえ

\*マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、記載を省略可

時期 ( ) 医療機関名 ( )

●薬や食べ物でアレルギー反応が出たことがありますか？ はい ・ いいえ

○はいの方 (原因や症状 )

●ケロイド体質ですか？(ケガの痕、手術跡などがみみずばれのように盛りあがる体質) はい ・ いいえ

●かぜ薬などで眠くなったことがありますか？ はい ・ いいえ

●麻酔(局所)で気分が悪くなったことがありますか？ はい ・ いいえ

●嗜好品は？

※お酒 飲まない ・ 飲む (週 回/種類、量 )

※タバコ 吸わない ・ 吸う (1日に 本)

●現在、妊娠していますか？ いいえ ・ はい (出産予定日 ) ・ 授乳中

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点

◆医療情報取得加算(再診時3月に1回) 加算：1点